# MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES

**Xavier Cela Bertran**

**ADVERTIMENT**. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING**. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

# MASCULINITATS (IN)HABITABLES:

## Transaccions, gènere i patiment mental entre els adolescents i joves.

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

TESI 2020

Xavier Cela Bertran

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

TESI DOCTORAL

# MASCULINITATS (IN)HABITABLES:

## Transaccions, gènere i patiment mental entre els adolescents i joves.

**Xavier Cela Bertran**
Dirigida pel Dr. Ángel Martínez-Hernáez
i la Dra. Asunción Pié Balaguer
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Tarragona 2020

r.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

Il·lustració portada | JORDI GARCÍA GIL

Maquetació | DÍDAC RAMIREZ BREVA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Avinguda de Catalunya, 35
43002 Tarragona
Tel. +34 977 55 9748
Fax +34 977 29 94 68

e-mail: sdantro@urv.es
web: http://dafits.urv.es

FEM CONSTAR que la tesi doctoral de Xavier Cela Bertran titulada "Masculinitats (In)habitables. Transaccions, gènere i patiment mental entre adolescents i joves", que opta a la menció internacional i presenta a la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzada sota la nostra direcció al Programa de Doctorat en Antropologia i Comunicació d'aquesta universitat.

Tarragona, 18 de setembre de 2020

Codirector i codirectora de la tesi doctoral.

[signatura] / [firma] / [signature]

Àngel Martínez Hernáez, Ph.D. (URV)

[signatura] / [firma] / [signature]

Asunción Pié Balaguer, Ph.D (UOC)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

**RESUM:**

Aquest estudi té com a voluntat principal analitzar els efectes de la construcció cultural de la masculinitat sobre els processos de salut/malaltia(patiment)/cures de les persones joves socialitzades com a homes. Una investigació que pretén al mateix temps aportar coneixement i una aproximació complexa que pugui ser útil pel replantejament de les formes d'acompanyar, intervenir i tenir cura del patiment mental excessiu en el camp educatiu i de la salut en clau de gènere. Es parteix d'una anàlisis feminista de la masculinitat, de les aportacions dels men's studies i de l'antropologia mèdica per comprendre la interacció entre gènere, patiment mental, edat i nivell socioeconòmic, centrant-se especialment en les tres primeres dimensions. La metodologia emprada en aquesta recerca és l'etnografia en el camp de la joventut i la xarxa de salut mental amb un enfocament comunitari. La multiplicitat de tècniques emprades (observació participant, entrevistes a nois psiquiatritzats i professionals de la salut mental, grups focals i qüestionaris) permet una aproximació exhaustiva a la realitat estudiada, combinant una etnografia localitzada en dos dispositius comunitaris i dades de tipus quantitatiu.

Els resultats de la investigació demostren un efecte directe i força explicatiu del sistema sexogenèric, i de la masculinitat en particular, sobre les formes de viure, expressar i atendre el patiment mental amb conseqüències específiques (menys demanda d'ajuda/atenció, dificultats en el reconeixement de la pròpia vulnerabilitat i per a la creació de xarxes de suport etc.) per als homes joves, la qual cosa reforça dels resultats que apareixen a la literatura científica internacional revisada. Per entendre la interacció de factors estudiada partim, en primer lloc, d'una idea de masculinitat en procés d'hibridació i de les transaccions que es donen entre hegemonia i subalternitat masculines, amb continuïtats i discontinuïtats respecte d'altres moments històrics. En segon lloc, ens basem en el conjunt d'experiències viscudes (sabers profans) per part dels nois que transiten la xarxa de dispositius de salut mental a partir dels seus relats i l'observació participant en un Club Social i un Hospital de dia per a adolescents. En tercer lloc, analitzem les imbricacions entre estigma i masculinitat en aquest àmbit.

Descriptors: masculinitats, salut mental col·lectiva, gènere, joventut i estigma.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

**RESUMEN:**

Este estudio tiene como voluntad principal analizar los efectos de la construcción cultural de la masculinidad sobre los procesos de salud/ enfermedad (sufrimiento)/ cuidados de las personas jóvenes socializadas como hombres. La investigación pretende aportar conocimiento que pueda ser útil para el replanteamiento de las formas de acompañar, intervenir y atender el sufrimiento mental excesivo en el campo médico y educativo. Se parte de un análisis feminista de la masculinidad, de las aportaciones de los men's studies y de la antropología médica para comprender la interacción entre género, sufrimiento mental, edad y nivel socioeconómico, con especial incidencia en las tres primeras dimensiones. La metodología empleada en esta investigación es la etnografía en el campo de la juventud y la red de salud mental con un enfoque comunitario. Las multiplicidad de técnicas empleadas (observación participante, entrevistas a chicos psiquiatritzados y a profesionales de la salud mental, grupos focales y cuestionarios) permite una aproximación exhaustiva a la realidad estudiada, combinando una etnografía localizada en dos dispositivos comunitarios con datos de tipo cuantitativo.

Los resultados de la investigación demuestran un efecto directo y notablemente explicativo del sistema sexogenérico, y de la masculinidad en particular, sobre las formas de vivir, expresar y atender el sufrimiento mental con consecuencias específicas (menos demanda de ayuda/ atención, dificultades en el reconocimiento de la propia vulnerabilidad y para la creación de redes de apoyo, etc.) para los hombres jóvenes, lo cual refuerza algunos de los resultados que aparecen en la literatura científica internacional revisada. Para entender la interacción de factores estudiada, partimos en primer lugar, de una idea de masculinidad en proceso de hibridación y de las transacciones que se dan entre hegemonía y subalternidad masculinas, con continuidades y discontinuidades respecto de otros momentos históricos. En segundo lugar, nos basamos en el conjunto de experiencias vividas (saberes profanos) por parte de los chicos que transitan la red de dispositivos de salud mental. En tercer lugar, analizamos las imbricaciones entre estigma y masculinidad en este ámbito.

Palabras clave: masculinidades, salud mental colectiva, género, juventud y estigma.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

**ABSTRACT:**

The primary goal of this study is to analyze the effects of the cultural construction of masculinity on *health / disease (suffering) / care* processes of youth socialized as men. The research aims to provide useful knowledge for rethinking the ways in which *excessive mental suffering* is accompanied, intervened and treated in the medical and educational field. The study draws from a feminist analysis of masculinity, the contributions of *men's studies* and from medical anthropology, in order to understand the interaction between gender, mental suffering, age and socioeconomic status. You will find special emphasis on the first three dimensions. The methodology is based on ethnography in the fields of youth and the community focused mental health network. The multiplicity of techniques employed (participant observation, interviews with *psychiatrized* boys and mental health professionals, focus groups and questionnaires) allow an exhaustive approach to the study object, insofar as combining the ethnography within two community devices with quantitative data.

The results of the research show a direct and remarkably explanatory effect of the sex/ gender system, as well as the ways of living, expressing and attending to mental suffering with specific consequences (less demand for help / attention, difficulties in recognition of self-vulnerability and for the creation of support networks, etc.) of masculinity expressed in young men in particular. This reinforces some of the results found in the international scientific literature section that has been reviewed. To understand the interaction of the studied factors, the starting point has been an idea of masculinity in the process of *hybridization* and, the *transactions* given between masculine hegemony and subalternity, -- with continuities and discontinuities- regarding other historical moments. Secondly, it is based on a set of *lived experiences* (profane knowledge) of the boys that transit the network of mental health devices. In third place, we analyze the overlaps between stigma and masculinity in this field

*Key words:* masculinities, mental health, gender, youth and stigma.

**AGRAÏMENTS:**

Recordo una conversa amb l'Alberto L. Bialakowsky a Buenos Aires on s'indignava amb una frase que havia llegit en una entrevista d'un dels seus teòrics més admirats, Tzvetan Todorov, *el conocimiento se construye en soledad* deia la frase, si no recordo malament. Tal i com reflexionàvem aquell dia no puc estar més en desacord amb aquesta frase, i és que si l'elaboració d'aquesta tesi ha tingut moments de molt silenci mai no ha estat un silenci solitari. Només ha estat aquell silenci just i necessari per posar en diàleg idees d'altres amb reflexions pròpies. Un silenci imprescindible per reconèixer aquestes paraules dites per altres. Altres que moltes vegades he trobat en llibres, articles i conferències però sobre tot durant les entrevistes realitzades, el treball de camp fet, treballant a Aixec o Candela i conversant amb persones que admiro i estimo, a les quals vull dedicar unes paraules de profund agraïment.

Per començar, vull agrair a l'Àngel el seu acompanyament i el fet d'haver estat font d'inspiració des que va començar tot això durant la tesina de màster. A l'Asun per la seva generositat i haver-se afegit al procés en el moment més important. A l'Alberto, el Gino Germani i el Xabi per aquella estada a Buenos Aires, una preciosa parada en el camí. A la Rovira i Virgili i al DAFITS per acollir el meu projecte.

Gràcies Laura, Joan i Servei Lingüístic de la URV per les vostres valuoses correccions i al Dídac per fer que aquesta tesi tingui un bonic continent. Gràcies Guille per fer-me estimar l'estadística, per la generositat i construir un capítol amb mi. Gràcies Ainhoa per la traducció i gràcies padrí per aquesta bonica portada que dona color a la tesi.

A la Cooperativa Aixec per fer seu el meu projecte d'etnografia i per fer de les cures un art del qual he après molt, gràcies Sílvia, Mar, Meli, Anna's... A tots els nois de l'activitat de futbol i radio i a la resta de participants del Club, gràcies per tot, sense vosaltres aquesta tesi, senzillament, no hauria existit mai. Gràcies també a totes les professionals que vau dedicar el vostre temps a deixar-vos interrogar.

Que aquesta investigació s'emmarqui dins l'antropologia de la salut va ser una conseqüència

lògica després de descobrir-hi la passió pel coneixement amb ella. La sorpresa va ser que al final aquesta tesi s'hagi acabat centrant en la masculinitat i els estudis feministes. Res d'això no hauria passat si no fos per Candela que ha estat, junt amb el Taló d'Aquil·les (grup d'homes), la meva *escola de feminisme*. Gràcies Silvia, Marta, Griselda, Miriam, Edurne i Sara i gràcies a totes les persones que heu estat Candela alguna vegada. Però sobretot, parlant d'escoles on aprendre, gràcies a totes i tots els adolescents que han passat pels nostres tallers als instituts i als participants de Radio Chiringuito, gran part del que ha après sobre masculinitats i gènere ho he après amb vosaltres.

Gràcies a la meva família pel seu suport incondicional i permanent, en tots els sentits possibles.

Gràcies a les meves amigues i amics que heu compartit amb mi aquesta darrers anys, sense vosaltres poques coses tindrien gaire sentit, tesi inclosa.

Gràcies Noe per estar allà, sempre tan a prop. I gràcies Lea per ser el millor final possible en forma d'inici.

# Qüestions terminològiques prèvies

Abans de començar cal fer certes precisions sobre alguns dels termes més recurrents o centrals del text que es presenta aquí, per tal de clarificar-ne el significat, les fonts teòriques en les quals es basen i fer alguns aclariments que ens serviran per a la lectura de tot el document.

**Patiment mental/psíquic/subjectiu**

Al llarg del treball intercalarem aquestes tres variants per anomenar un conjunt d'experiències emocionals, socials i corporals generadores d'aflicció i malestar en les persones, les quals deriven, en alguns casos, en l'assignació d'un diagnòstic psiquiàtric en base a les classificacions internacionals hegemòniques (DSM[1] i CIE[2] principalment), un tractament psicofarmacològic (i en el millor dels casos psicoterapèutic) i un trànsit pels diferents recursos de la xarxa de salut mental disponibles.

Optar per aquest terminologia té com a objectiu centrar l'anàlisi en *les experiències viscudes*, "sus aprendizajes vinculados, acciones y silencios" i anar més enllà del que Correa-Urquiza (2018) anomena els "*ecosistema*s epistemológicos que intentan –desde un relativo afuera– comprenderlo, sosegarlo, neutralizarlo, apagarlo, etc." (p.569) Aquesta elecció respon a les necessitats del text que presentem, però sobretot a una tradició en antropologia mèdica de concebre la salut en un sentit ampli i que cal entendre com a *producte* cultural, social i econòmic i no com simple entitat mòrbida o expressió defectuosa de la naturalesa. Aquesta distància entre *malaltia viscuda* i la seva conceptualització mèdica és present en tots els camps de la salut però mostra certes particularitats en el camp de la salut mental. En aquest cas, el sentit mèdic que es dona a les formes de patiment esmentades no respon a una casualitat etiològica ni existeix una relació entre signe i símptoma tan marcada com passa en altres expressions de la malaltia.

[1] *Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals* creat Associació Psiquiàtrica Americana (APA).
[2] *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) creat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

Malgrat que podríem parlar de les diferències semàntiques entre *psíquic, mental i subjectiu*, dins de les quals la tercera opció és aquella importada directament del camp psicoanalític, en el nostre cas hem optat per utilitzar-les com a sinònims. Aquesta elecció terminològica, de manera més o menys encertada, ens ha permès, d'una banda, anomenar i significar un seguit de vivències que pretenem analitzar més enllà de les taxonomies psiquiàtriques. De l'altra, recollir experiències amb punts en comú però també diferències pel que fa als seus itineraris. En aquest treball trobarem una majoria de persones que han tingut contacte amb la xarxa de dispositius de salut mental i parlarem de les conseqüències d'això però també apareixeran persones sense diagnòstic, ni medicació etc. Aquesta triada de conceptes ens permetrà, per tant, fer visibles experiències concretes travessades pel patiment i amb conseqüències materials concretes (ingressos etc.) però fer-ho a partir d'una idea de *contínuum,* molt més oberta i molt útil per a l'estudi que presentem, especialment si ho comparem amb una conceptualització dicotòmica entre aquelles persones amb trastorn o sense.

*Patiment mental excessiu*: Per evitar caure en un relativisme desmesurat que pogués ser entès com un exercici d'uniformització d'experiències amb patiment molt diferents (no és el mateix haver passat l'adolescència en un hospital de dia que no haver-ho fet) utilitzarem el concepte de Talarn, Sáinz i Rigat (2014) de *patiment mental excessiu*. Aquest concepte ens permet particularitzar situacions on el patiment presenta majors conseqüències o un impacte determinant en l'itinerari vital de la persona. Tal com diuen les autores "el dolor mental, pese a ser molesto, no debe ser cosiderado patológico *per se*. El malestar forma parte de nuestras vivencias" (p.25). La qüestió que ens interpel·la és com diferenciar aquell dolor o patiment mental intrínsec a la vida d'aquell *excessiu* pel que fa al desenvolupament de la mateixa vida. Segons aquest concepte, la distinció la podem plantejar a partir de la seva *freqüència*, *duració* i *intensitat*. I és a partir d'aquest criteri, si es vol lleugerament ambigu, que diferenciarem experiències vitals de patiment d'experiències vitals amb patiment mental *excessiu*, ambdues conviuen en aquest estudi.

**Processos de salut/malaltia (patiment)/cures (s/m(p)/c):**

Menéndez (1990) proposa la noció de «procesos de salud/enfermedad/atención» que nosaltres traduïm al català com a processos de salut/malaltia/atenció (a partir d'ara *s/m/a*). Hem escollit aquesta idea com a concepte central de la tesi perquè ens sembla una noció

més amplia i encertada que la idea de malaltia a seques. Un concepte que contempla la complexitat i la dimensió processal de les formes d'emmalaltir però que remet també com culturalment es construeix la idea de salut i l'atenció que se'n deriva. En aquest sentit podem basar-nos en la definició següent:

> "El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida"(Sacchi, Hausberger i Pereyra, 2007)

Per a la present investigació fem servir per això aquest concepte amb dues variacions que procedim a explicar tot seguit:

- *Patiment en comptes de malaltia*: Aquest primer desplaçament té a veure, com acabem d'explicar, amb la voluntat de *desmedicalitzar* i *despsiquiatritzar* les experiències de patiment mental/psíquic o subjectiu, la qual cosa no implica una renuncia a l'atenció mèdica i farmacològica però sí que apel·la a la necessitat d'anar més enllà de la seva concepció patològica o *patologitzant*.

- *Cures en comptes d'atenció*: Basant-nos en la proposta de Michalewicz, Pierri i Ardila-Gómez (2014) parlem de cures per tal d'incloure la dimensió vincular i afectiva de l'atenció i no quedar-nos amb una idea de l'atenció purament tècnica. És a dir, pretenem amb aquest desplaçament anar més enllà d'una idea d'atenció relacionada amb l'*aparatología* (Kleinman, van der Geest, 2009). D'altra banda, parlar de cures ens permet incorporar les aportacions feministes al camp de la salut mental i desmedicalitzar les formes d'atenció per situar-nos en un territori que vagi més enllà del camp mèdic i que contempli tota la comunitat. En definitiva, per posar en valor, les formes considerades *no formals* de les cures en salut, les quals recauen principalment en les dones. Aquí incloem també el que Menéndez (2003) anomena formes d'*autoatenció*. En tercer lloc, la idea de cures ens permet partir dels subjectes que en són receptors/receptores per organitzar tot el

conjunt de respostes que es donen al patiment psíquic. En definitiva proposem aquesta modificació de la proposta conceptual de Menéndez perquè considerem que la idea de cura, *cuidados* en castellà, o *care* en anglès ens permet una aproximació més integral que no pas la idea d'atenció.

Per tot això parlarem de *processos de salut/malaltia(patiment)/cures (s/m(p)/c* a partir d'ara) en comptes de *processos de salut/malaltia/atenció.*

# TAULA DE CONTINGUTS

RESUM 9
RESUMEN 11
ABSTRACT 13
AGRAÏMENTS 15
QÜESTIONS TERMINOLÒGIQUES PRÈVIES 17

**INTRODUCCIÓ 29**

**MARC TEÒRIC 45**

**1. MASCULINITATS i GÈNERE 47**
1.1. Homes amb patiment mental. Definint l'objecte d'estudi i el posicionament 47
1.2. Paral·lelismes entre disase/illness/sickness i mascle/home/masculinitat 51
1.3. Masculinitat hegemònica: continuïtats i discontinuïtats 59
1.3.1. La Sex role theory 60
1.3.1.1. Doing gender 64
1.3.2 Masculinitats, ciències socials i antropologia 67
1.3.3. Masculinitat Hegemònica: definició, tipologies i nivells 71
1.3.4. Crítiques al concepte de Masculinitat Hegemònica 76
1.4. La qüestió del poder. Invisibilitat masculina i estudis crítics 85
1.5. Masculinitats híbrides i processos transaccionals:
Tensions entre poder-identitat i reproducció-transformació 91
1.6. Per concloure 107

**2. MASCULINITAT(S) I PATIMENT MENTAL 111**
2.1. Masculinitats i salut 111
2.2. Masculinitats i patiment mental 116
2.2.1. Construcció generitzada dels trastorns psiquiàtrics 124
2.2.1.1 Neurosis. Cas paradigmàtic de la "depressió masculina" 127
2.2.1.2 Psicosis. Cas paradigmàtic de l'esquizofrènia 130
2.2.2. Vulnerabilitat, atenció i demanda d'ajuda 135
2.2.2.1. Suport social 139
2.2.2.2. El cas paradigmàtic del suïcidi masculí 144
2.3. Patiment mental i estigma masculí 147
2.4. Conseqüències per a les dones i l'entorn 152

2.5. Altres factors socioeconòmics 154
2.6. Adolescents i joves 155
2.6.1. Estudis sobre salut mental i adolescència en l'àmbit espanyol i català 164
2.7. Per concloure 166

**3. METODOLOGIA 169**
3.1. Metodologia de la investigació 177
3.1.1. Problema d'investigació 177
3.1.2. Propòsits i objectius 178
3.1.3. Tècniques de recollida i producció de la informació 180
3.1.3.1. Observació participant 181
3.1.3.2. Informe Fresc 183
3.1.3.3. *Coses que em defineixen com a noi* *195*
3.1.3.4. Entrevistes i focus grup 198
3.1.3.5. Relats de vida 203
3.2. Anàlisi qualitativa de les dades 206
3.2.1. Transcripció 207
3.3. Segmentació i codificació 208
3.4. Recuperació de la informació 215
3.5. Mètode i diàleg entre pedagogia i etnografia: vulnerabilitat, antropologia narrativa i models dialògics 218

**ETNOGRAFIA 225**

**4. SOBRE LA NECESSITAT DE TRASCENDIR LA VARIABLE SEXE PER COMPRENDRE LA RELACIÓ ENTRE GÈNERE I SALUT MENTAL EN L'ADOLESCÈNCIA 227**
4.1. Resultats 232
4.2. Discussió 242
4.3. Per concloure 249

**5. CINC COSES QUE EM DEFINEIXEN COM A NOI 251**
5.1. Anàlisi dels resultats per categories, subcategories i freqüències 254
5.1.1. Resultats totals: elements de la masculinitat hegemònica 254

5.1.2. Naturalització i dimensió biològica 256
5.1.3. Comportament / actitud / oci / gustos i aficions 258
5.1.4. Aparença 261
5.1.5. Heterosexisme i sexualitat 264
5.1.6. Identitat i identificació 266
5.2. Cinc coses que em defineixen com a noi: *Narratives* 267
5.3. Anàlisi: per una masculinitat hegemònica situada 275
5.3.1. Masculinitats híbrides: centre estàtic i perifèria dinàmica 277
5.3.2. Naturalització del gènere per una masculinitat intel·ligible 280
5.3.3. Masculinitat jove adultitzada 281
5.4. Per concloure 282

**6. RELATS DE VIDA 285**
6.1. ELÍAS 285
6.1.1. Adolescència i origen del malestar 285
6.1.2. Aflicció sostinguda en el temps i estudis 291
6.1.3. Atenció, professionals i periple assistencial 293
6.1.4. Xarxa, parella i cures 295
6.1.5. Present 300
6.2. TONI 301
6.2.1. Família 301
6.2.2. Infància 302
6.2.3. Institut, adolescència i assetjament 304
6.2.4. Ingressos 309
6.2.5. Atenció, professionals i medicació 313
6.2.6. “Maduresa” 317

**7. PATIMENT SUBJECTIU MASCULÍ: ESTRATÈGIES DE MASCULINITZACIÓ I D’AFRONTAMENT EN UN CONTEXT D’HIBRIDACIÓ 319**
7.1. Masculinitats en contextos psi: jerarquies, superposicions i pràctiques 321
7.2. Estratègies de masculinització 337
7.2.1. Dominació, subordinació de l’alteritat i violències 338
7.2.2 Duresa física: cos i esport 350
7.2.3 Independència, autosuficiència i estoïcisme emocional: negació masculina de la vulnerabilitat 359

7.2.3.1. Evitació dels recursos i la no-demanda d'ajuda 366
7.2.3.2. Masculinització de les vies d'expressió emocional i la gestió de conflictes 369
7.2.3.3. "Combatre" el patiment: recuperació masculinitzada 375
7.2.4. Autonomia econòmica i treball productiu 379
7.2.5. Heterosexualitat activa, narratives amoroses i homofòbia 390
7.3. Homes que pateixen: maneres d'expressar i abordar el malestar 410
7.4. Masculinitats vulnerables: resistències i oportunitats per a les cures 420
7.4.1. Negació i resistències: distància entre el discurs i l'acció 421
7.4.2. Relació entre vulnerabilitat i la masculinitat en contextos d'exclusió: oportunitats i punts de fuga 429
7.5. Per concloure 435

**8. "JO NO SÓC HOME"**
**ESTIGMA PSIQUIÀTRIC MASCULÍ DURANT L'ADOLESCÈNCIA-JOVENTUT 437**
8.1. Punt de vista: Estigma interseccional 438
8.2. Dimensions de l'estigma 447
8.2.1. Estigma social percebut 451
8.2.2. Estigma rebut o experimentat 459
8.2.3. Estigma interioritzat, estigma exercit i resistència a l'estigma 463
8.2.3.1. Interiorització 465
8.2.3.2. Estigma exercit 470
8.2.3.3. Resistència a l'estigma 472
8.3. Partícules de l'estigma 475
8.3.1. Partícula: Professionals psi 476
8.3.2. Partícula: Medicació 478
8.3.3. Partícula: Diagnòstic 480
8.3.4. Partícula: Dispositius 484
8.3.5. Partícula: Família 487
8.3.6. Partícula: Adolescència 489
8.3.7. Partícula: Violències i exclusions entre "iguals" 493
8.3.8. Partícula: "Fracàs escolar" 495
8.4. Estratègies i resistències davant l'estigma 497
8.4.1. Estratègies públiques: campanyes mediàtiques, entitats i iniciatives professionals 497
8.4.2. Estratègies individuals: visibilitat-ocultament 504
8.4.3. Estratègies col·lectives 512
8.5. Per concloure 516

**9. CONSIDERACIONS FINALS** **519**

9.1. Transaccions, masculinitats híbrides i pràctiques masculines 520

9.2. Impacte del patiment mental sobre la masculinitat 523

9.3. Impacte de la masculinitat sobre les formes de patiment mental 525

9.4. Per una antropologia de les masculinitats vulnerables en contextos comunitaris 527

9.5. Limitacions i futures línies de recerca 529

**BIBLIOGRAFIA** **533**

**ANNEXOS** **609**

1. Annex 1: totes les respostes “cinc coses que em defineixen com a noi” 609
2. Annex 2: models de guió per a les entrevistes i els grups focals 618

# LLISTAT DE FIGURES, TAULES, GRÀFICS I IMATGES

**Capítol 1:**

Figura 1. Paral·lelismes entre el sistema sexe-gènere i la naturalització del patiment. Elaboració pròpia. 58

Figura 2. Camps i subcamps de la MH. Elaboració i traducció pròpies en base a l'esquema de Coles (2009). 98

**Capítol 3:**

Taula 1. Variables informe FRESC seleccionades pel IAG. Elaboració pròpia. 190-193

Taula 2. Mostra d'adolescents. Elaboració pròpia. 197

Taula 3. Tipus/grups de respostes per tema i nombre de repeticions per a cada un. Elaboració pròpia. 198

Taula 4. Entrevistes joves. Elaboració pròpia. 199

Taula 5. Grup focal joves (Estigma). Elaboració pròpia. 200

Taula 6. Entrevistes a professionals. Elaboració pròpia. 201-202

Taula 7. Grup focal professionals del club social i del programa Respir. Elaboració pròpia. 202

Taula 8. Informants relats de vida. Elaboració pròpia. 205

Figura 1. Codis previs a la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 208

Figura 2. Codis descriptius previs a la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 209

Figura 3. Grups de de codis en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 209

Figura 4. Procés de codificació en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 209

Figura 5. Procés de codificació: codis descriptius en captura de pantalla d'ATLAS.ti Elaboració pròpia. 210

Figura 6.Procés de codificació: codificació simultània en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 210

Figura 7. Procés de codificació: codificació en viu en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 211

Figura 8. Procés de codificació: comentaris per definir els codis en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 212

Figura 9. Procés de codificació: comentaris per complementar la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 212

Figura 10. Procés de codificació xarxes i relacions entre codis en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 213
Figura 11. Estratègia de l'anàlisi amb Atlas.ti. Elaboració pròpia.Font: Casasempere (2011) i Soneira (2017). 214
Figura 12. Eina Taula de concurrències en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 215
Figura 13. Eina codi-document en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 216
Figura 14. Eina de consulta en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia. 216

**Capítol 4:**

Taula 1. Relacions entre salut autopercebuda, benestar mental i desesperació amb el sexe, l'edat i el nivell socioeconòmic (NSE) de la població adolescent. 233
Taula 2. Relacions entre la puntuació total i la dels diferents components del qüestionari SDQ amb el sexe, l'edat i el nivell socioeconòmic (NSE) de la població adolescent. 236
Taula 3. Millors models per al component emocional i prosocial del qüestionari SDQ de la població adolescent en funció de la seva adherència al gènere normatiu, el seu sexe, l'edat i el seu nivell socioeconòmic (NSE). 242

Figura 1. A: Interacció entre salut autoprecebuda i sexe / B: Interacció entre Benestar Mental segons WEMWBS (14-70-) i sexe)/ C: Interacció entre desesperació en els darrers 12 mesos (0=No, 1=Sí) i sexe. 235
Figura 2. A: Interacció entre SDQ total, edat i sexe /B: Interacció entre subescala SDQ emocional, edat i sexe / C: Interacció entre subescala SDQ prosocial, edat i sexe / Interacció entre subescala SDQ conductual, edat i sexe. 238
Figura 3. A: PCA entre sexe i subescales del SDQ / B: Model lineal d'interacció entre les 5 subescales SDQ i el sexe. 239
Figura 4. A: PCA entre IAG i sexe / B: model lineal d'interacció entre IAG, sexe i edat. 241

**Capítol 5:**

Gràfic 1: MH Adolescent. Per categories. Elaboració pròpia. 255
Gràfic 2: MH Adolescent. Repeticions per categories (totes). Elaboració pròpia. 255

Taula 1. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la dimensió biològica nombre de repeticions. Elaboració pròpia. 256-257
Taula 2. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a les comportaments, actituds, oci, gustos, aficions etc. Elaboració pròpia. 259
Taula 3. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a l'aparença. Elaboració pròpia. 262
Taula 4. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la sexualitat heterocèntrica. Elaboració pròpia. 264
Taula 5. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la identitat o identificació. Elaboració pròpia 266

Figura 1. Centre de la masculinitat rígid i perifèria en transformació. Elaboració pròpia. 279

**Capítol 8:**

Figura 1. Nivells i dimensions de l'estigma. Elaboració pròpia. 449
Imatge 1. Manifestació Orgull Boig Barcelona (2018). Font: http://orgullboig.org/ 512

# 1 INTRODUCCIÓ

*Los Demenciales chicas/os Del Burguer King!*

*Per Toni*

*Introducción:*

*¡Esta es la historia de unos individuos armados con un vaso usado, Coca-Cola y una cámara, destapan el misterio sobre el nuevo movimiento que ha surgido en estos tiempos fatídicos de crisis, en Barcelona.*

*Los Demenciales chico/as, de por sí son gente que merece un estudio riguroso cada uno. Especímenes del mismo grupo con ideas extrapoladas, diferentes, chocante y en la mayoría de veces; Delirante. Y los tenemos también en primicia, para hacer-les una entrevista.*

*¿En que consiste el movimiento? En ir al Burguer king, coger un vaso usado y volver- lo a llenar en una dispensadora de bebidas, sin gastarte dinero. Simple no? Pero pensar que no es solo eso lo que te convierte en un Demencial del Burguer, es el vínculo sagrado que se levanta en rebelión.*

*Llega el momento que incluso los mismos trabajadores del Burguer nos dejan campar a nuestras anchas y surge una adueñación colectiva gratuita. Somos un comando de bebidas. Os habéis encontrado con problemas con la seguridad del BK?*

*Narrador Demencial: Parece que Octavi, es uno de los líderes indiscutible de los Demenciales. Le han llamado la atención varias veces, le dijeron que ahí se iba para gastar dinero. Pero el sin doblegarse, no acata ordenes de nadie, y continuó sirviéndose en el vaso. Es nuestro mejor reciclador revolucionario, e incluso amplio vocablo para nuestro grupo. Dice Octavi que esto no es robar, es reciclar. A mi me parece que es gorronear....*

*[...]*

Una de les activitats principals dels nois (la majoria nois, però també s'hi afegia alguna noia, normalment amiga o parella d'algun d'ells) amb qui he compartit certa quotidianitat i treball de camp des del 2011 era la de quedar per anar al Burger King a passar la tarda. Tot va començar, m'explicaven, quan van descobrir que en els locals d'aquesta cadena

transnacional s'hi oferia refresc gratis i il·limitat a tota la clientela. El sistema estava pensat per a les persones que consumeixen en aquests establiments, un reclam comercial en forma de barra lliure a partir del qual atreure-la. Però el poc control en aquesta mena d'establiment donava l'oportunitat que amb un got portat de casa el consum inicial no fos necessari. Això donava accés a un grup de nois, fluctuant però amb una base regular, a un espai amb taules i cadires, refresc gratis, oci accessible, aire condicionat quan feia calor i escalfor quan feia fred, un espai per xerrar, compartir, jugar a cartes o passar la tarda acompanyats. La broma i el meu interès (des del meu rol de segon entrenador i educador de l'activitat de futbol del Club Social) per saber més sobre aquell ritual quotidià, que havia despertat la meva curiositat des del primer dia, va fer que fos tema de conversa recurrent. Fins i tot un dia els vaig anar a veure al "lloc dels fets" i vam arribar a planificar la gravació d'on documental que es titularia "Los chicos del Burger King". Des del principi vaig pensar que el fragment d'aquest projecte inacabat volia que ocupés un lloc destacat en aquesta recerca. És per això que les primeres paraules d'aquest estudi són un fragment del guió que va escriure el Toni sobre *Los demenciales chicas/os del Burger King!,* el qual va portar ell una tarda al grup per començar a gravar un film, que no arribaria a existir però que ens va engrescar força en un primer moment. Quan estava realitzant la meva tesina de màster, la qual versava sobre el Club Social en forma d'etnografia d'un dispositiu ubicat en el camp de la salut mental comunitària, i abans de decidir-me a centrar la meva investigació en les masculinitats joves subalternes —a partir de la seva *psiquiatrització*—, ja em va interessar especialment aquesta escena quotidiana: grup de nois "reciclant" (com deien ells) les restes d'una de les empreses emblemàtiques del capitalisme global per aconseguir un espai d'oci gratuït. Un espai on trobar-se al marge de la joventut productiva i de la masculinitat reeixida per beure refresc gratis i sobretot per estar junts. La metàfora, tot i que pot resultar massa evident per a aquelles persones amants de la subtilesa, em semblava massa golosa i explicativa per deixar-la fora de la recerca. Una vinyeta que des del meu punt de vista condensa gran part dels significats centrals d'aquesta tesi, de manera propera, quotidiana i sense parafernàlies teòriques. A partir d'aquesta acció quotidiana intentaré, per tant, presentar els elements principals d'aquest estudi i els continguts que podeu trobar en els propers capítols.

Quan escric aquestes paraules ja fa més de trenta anys que Carrigan, Connel i Lee (1985) i Connell (1987, 1995) van encunyar el concepte de *masculinitat hegemònica* i van classificar la resta de masculinitats en *subordinades, còmplices* i *marginades*. Dècades després, el recorregut dels estudis de gènere (feministes, *queer*, estudis LGTBI…), el moviment feminista,

i els *men's studies* estan prou consolidats avui en dia per afirmar que la masculinitat, com a model cultural que produeix pràctiques, es construeix de manera *dinàmica* (canvia en funció del context cultural i històric), *jeràrquica* (hi ha maneres de ser i de fer d'home que tenen més valor i més possibilitats de tenir una posició dominant dins l'estructura social) i basada en *ideals no realitzables* (el model hegemònic necessita ser inassolible per funcionar). Les aportacions teòriques pel que fa als estudis de la salut (especialment des de les ciències socials i, més concretament, des de l'antropologia mèdica) i de gènere ens aporten també una base a partir de la qual podem estudiar una relació estreta entre masculinitat i patiment mental o psíquic, en la manera de viure'l i expressar-lo principalment, que té conseqüències rellevants pel que fa als processos de salut, malaltia i atenció (Menéndez, 1984, 2005, 2018) dels homes, però que també té conseqüències per als altres homes, per a les dones i per a l'entorn. Podríem parlar de la menor demanda d'ajuda i d'atenció en salut i de la major taxa de suïcidi efectiu per part de les persones socialitzades en masculí com a dos exemples o conseqüències paradigmàtiques d'aquesta relació.

D'altra banda, des dels anys noranta fins avui s'han produït moltes transformacions (i algunes continuïtats també rellevants) en els dos pilars de la investigació que presentem aquí: la masculinitat entesa en perspectiva de gènere i les maneres d'experimentar, expressar i atendre el patiment psíquic, o, si es vol, el trastorn psiquiàtric. Només des del 2011, quan vaig començar la tesina de màster, fins avui, en plena pandèmia mundial de la Covid-19, s'han produït canvis diversos que han acompanyat i condicionat, com no pot ser d'una altra manera, el procés de recerca. Per destacar-ne dos, la segona dècada del segle XXI s'ha caracteritzat per la transversalització dels feminismes en totes les esferes de la vida i la massificació del moviment, la qual cosa ha provocat o ha donat una "empenteta" a les masculinitats o persones llegides i socialitzades com a homes, que ens hem hagut de fer preguntes sobre com ens condiciona el fet d'haver de "fer" d'homes en un context com l'actual, en termes de costos i privilegis, per simplificar-ho molt. La idea que la masculinitat no és un element neutral ni natural sinó un conglomerat construït culturalment és relativament recent i en termes històrics no fa gaire que això ens comença a interpel·lar com a persones i com a investigadors homes, entre altres coses perquè el poder patriarcal es basa en la invisibilitat. Aquestes transformacions, de la mateixa manera que les continuïtats (que n'hi ha, i moltes), les quals tenen efectes directes sobre el nostre camp d'estudi, havíem d'integrar-les en l'anàlisi que aquest estudi planteja i han estat un dels generadors principals de preguntes de recerca.

El segon procés o fenomen, sense el qual no ens podem acostar al nostre camp d'estudi, té a veure amb l'aparició —molt més residual i menys visible que l'anomenada *quarta onada* del feminisme, però rellevant en termes de modificació del marc interpretatiu— dels *moviments en primera persona* en el camp psiquiàtric. Els quals han discorregut en paral·lel o en oposició a un procés de medicalització i patologització del patiment que es remunta a principis del segle XX, o abans i tot, però que presenta una especial virulència en les darreres dècades. Aquestes persones, col·lectius i relats, que sempre han existit però que en els darrers anys s'han fet més visibles, han creat *contextos de possibilitat* (residuals però molt valuosos) on el saber vinculat a l'experiència adquireix centralitat i entitat pròpia. Un gir, si es vol epistèmic, precedit per altres moviments *antiautoritaris* i posicionaments acadèmics autoreflexius (feministes, decolonials…), que podem resumir amb la frase d'Esquirol (2015) "basta con presentar atención a la experiencia".

No és casual que l'inici d'aquest procés personal i intel·lectual que presento aquí sigui resultat d'una coincidència en el temps entre una xerrada a la qual vaig assistir de Radio Nikosia a la universitat; el contacte, a través d'una amiga, amb el taller de construcció de titelles *Trastocando*[1] amb persones *psiquiatritzades*, i el moment d'elecció del meu tema de recerca de la tesina. Des dels moviments en primera persona i de supervivents a la psiquiatria fins a les entitats amb un abordatge del patiment mental col·lectiu i polititzat, els GAM, la manifestació de l'Orgull Boig i les experiències *peer to peer*, han estat clau per produir aquest desplaçament, encara molt minoritzat però molt significatiu, del subjecte d'enunciació. Moviments que permeten disputar, o si més no completar, el relat dels *sabers experts* per incloure la singularitat de la vivència com a manera de dignificació, sense la qual, d'altra banda, no pot haver-hi una atenció de qualitat, ni un tractament, ni un procés de recuperació possible.

Ambdós esdeveniments o processos històrics van ser clau a l'hora d'escollir el retall de la realitat social per estudiar i el tema d'investigació, amb la voluntat o l'objectiu d'aportar un coneixement que ajudi a entendre, a partir d'un acostament etnogràfic, com s'articulen aquestes dues dimensions. Però aquesta recerca, com veurem, no respon només a un objectiu analític, sinó que també pretén ser una modesta aportació al camp educatiu i a

[1] Casa taller de marionetas Pepe Otal i Cooperativa Aixec.

les maneres d'acompanyar (o organitzar l'acompanyament) les situacions on interactuen masculinitat i aflicció, la qual cosa amplia el camp d'aplicabilitat d'aquest treball a diversos dispositius, espais i àmbits. Dic això perquè durant aquests nou anys de procés i cinc d'investigació més estructurada en el camp del patiment mental masculí (o *masculinitzat*), el meu rol dins del camp i la meva trajectòria professional ha begut de la recerca i alhora l'ha alimentada en tot moment. Com explicarem en el capítol metodològic, el meu rol, tant a l'hospital de dia com al Club Social, ha estat d'educador referent de l'activitat de futbol amb joves, educador de l'activitat de ràdio jove i conductor d'un grup d'acompanyament a l'alta de l'hospital de dia (adolescents). Una tasca que he combinat durant vuit anys amb la feina com a cooperativista i educador a la Cooperativa Candela, dedicada a l'educació sexoafectiva i la prevenció de les violències masclistes o basades en el gènere (GBV, en anglès). Sense aquesta tasca, basada en la reflexió col·lectiva i el diàleg amb adolescents i joves sobre la masculinitat, i sense la meva participació durant quatre anys en un grup d'homes, espai periòdic i col·lectiu de reflexió i problematització de la masculinitat, no es pot entendre aquesta tesi.

En definitiva, i tenint en compte aquest doble procés, a cavall entre la intervenció social i l'etnografia, aquest text, que s'inicia aquí, té com a objectiu principal aportar informació o elements que puguin ser aplicables a qualsevol espai on la masculinitat i el patiment psíquic siguin elements clau per entendre el context. Per posar un darrer exemple, durant els darrers quatre anys, he coordinat un projecte centrat en la salut mental dins d'un context penitenciari per a homes joves. Malgrat que aquesta experiència no apareix de manera directa en aquesta investigació, no podem entendre aquest treball sense la relació bidireccional que han tingut aquestes experiències educatives en la recerca i viceversa. Poso aquest darrer exemple per intentar il·lustrar l'aplicabilitat d'aquesta investigació al camp de la intervenció social i més enllà dels objectius específics de la recerca, segurament perquè en diferents moments el text pot ser més interpretat o llegit com a diari de sessions producte d'una intervenció educativa que com els resultats d'una investigació.

Situades dues pinzellades del context i del que us podeu trobar en aquesta tesi, val la pena tornar als nois joves que beuen refrescos gratis a la segona planta d'un Burger King, com a vinyeta que condensa en l'àmbit simbòlic l'objectiu principal del present estudi, el qual no és sinó analitzar la masculinitat en contextos subalterns. Més en concret, aquest text que presentem és una reflexió inacabada sobre les masculinitats que habiten el límit. I

és que recórrer a una forma d'oci gratuïta perquè no tens diners és el resultat de formar part d'un sector de la joventut que és tractada com a "població extingible" (Bialakowsky i Patrouilleau, 2008) pel mercat laboral, és a dir, com a sobrant no productiu resultat d'un procés expulsiu condicionat pel patiment mental i la seva *psiquiatrització*. Una expulsió que s'articula i alhora implica un *habitar* la masculinitat des de fora, o més aviat des del llindar on s'acaba. I és que on comença la vulnerabilitat, la fragilitat i la improductivitat, la masculinitat s'acaba, fracassa i es converteix en masculinitat *altra*, en no-masculinitat, en masculinitat *marginada*, si volem basar-nos en la tipologia de Connell (1987, 1995). En un moment de l'etnografia, dirà el Toni que "jo no soc home" i això té a veure amb la impossibilitat d'habitar la masculinitat en termes de model productiu de seguretat personal, autonomia i independència.

Però aquest habitar els marges que representen "els nois del Burger King" no només es pot entendre com a resultat d'una expulsió, sinó també com una conquesta, més o menys conscient, d'un cert espai habitable des del qual es pot existir com a individu i en col·lectiu. Perquè on acaba la masculinitat en termes hegemònics —que no ha de voler dir per força on comença la feminitat, si sortim d'un marc *binarista*— apareix la possibilitat de les cures, la trobada amb els iguals i el sentiment de pertinença. I és en aquest terreny simbòlic que el treball que presentem aquí es mou; entre una masculinitat expulsiva, centrífuga i, per tant, (in)habitable per a molts homes (entre els quals els nois joves *psiquiatritzats*, però no només ells) i les possibilitats que es poden obrir sobre una certa redefinició de la vulnerabilitat masculina. Una expulsió del reialme masculí conseqüència de l'itinerari psiquiàtric (o d'un acomiadament laboral) a la qual els homes responem de molts maneres, de la mateixa manera que ho fan els protagonistes de la investigació.

Per tant, a la (*in)habitabilitat* del model masculí hi podem trobar respostes molt diferents. Des del replegament dels nous moviments *masculinistes*[2] fins a la recerca d'aquelles engrunes de privilegi i poder que encara ens pot donar el fet de saber-nos part del col·lectiu masculí, tot i ser-ne constantment expulsats (ni que sigui parcialment). I és que no oblidem

[2]Hi incloem respostes socials basades en el corporativisme masculí a la transversalització del feminisme que justifiquen les desigualtats de gènere històriques amb discursos aparentment innovadors. Moviments més o menys articulats en funció del context; des de *Forocoches* fins als moviments d'homes vinculats a l'*alt-right*, a més del Moviment pels Drets dels Homes (*Men's Rights Movement*).

que ser inclòs en els models de gènere hegemònics aporta una normalitat molt anhelada, potser de manera especial després d'un procés d'assetjament, exclusió, aïllament, ingressos, diagnòstic, medicacions, etc.

A l'expulsió també s'hi pot respondre amb la negació, l'"a mi això no m'afecta" i la recerca d'espais on poder ostentar el poder, on poder "fer" d'home en termes hegemònics, on poder exercir un rol dominant respecte a altres homes o respecte a les dones. I finalment, l'exclusió del model pot, en alguns casos, possibilitar una resposta dirigida a fer "habitables" espais que aparentment no ho eren, espais simbòlicament femenins i travessats per un reconeixement de la vulnerabilitat i la interdependència. Sense voler negar-ho, aquesta tercera és la resposta que ens agrada més, però durant el treball de camp, i com veurem, totes tres s'han combinat. Però segurament un dels interessos principals de la part etnogràfica que presentem és aquest, analitzar com es viu la masculinitat perifèrica, i no hi ha millor escenari per fer aquesta anàlisi que un equip de futbol masculí que forma part de la xarxa de salut mental.

I és que hi ha un element paradoxal molt interessant que ens permet ubicar, especialment, les dues primeres respostes masculines i el treball que presentem aquí. Té a veure amb dos elements aparentment contradictoris però que al meu entendre són complementaris i que situen algunes preguntes importants d'aquesta investigació. Els homes en general estan a favor de la igualtat de gènere però veuen legítima la resistència al canvi o la utilització de pràctiques i atributs associats a la masculinitat hegemònica si permet recuperar poder davant de circumstàncies que els fan perdre prestigi (marginalitat, exclusió…). Per tant, així com, segons la "International men and gender equalty survey" (feta a vuit països), els homes en general presenten una actitud positiva davant de l'equitat de gènere (Levtov, Baker, Contreras-Urbina, Heilman i Verma, 2014), segons una investigació sobre la campanya "One man can", de Sud-àfrica, alguns homes joves presenten resistències al canvi pel que fa a patrons de la masculinitat hegemònics i tòxics perquè les seves identitats com a homes són un recurs important a partir del qual respondre a la marginació i el *desapoderament* (Van der Berg, Hendricks, Hatcher, Peacock, Godana i Dworkin, 2013; Ratele, 2015). I heus aquí, com dèiem, un dels elements clau de la investigació: entendre com funciona la masculinitat en contextos subalterns, en aquest cas travessats pel patiment mental, i les *estratègies de masculinització* en aquest àmbit. Entre altres coses perquè aquest coneixement ens ajudi a evitar que les possibilitats de transformació es converteixin en resistències, replegaments i

noves formes de domini/violència. També cal conèixer com la masculinitat opera en aquests contextos per evitar que les transformacions del model de masculinitat s'associïn només al conjunt persones blanques, de classe mitjana-alta, heterosexuals i homes que encarnen la normalitat i l'èxit, dins del qual el canvi no suposa una pèrdua de poder i privilegi. Aquesta mena d'obstacles, junt amb altres, és el que ha fet que, després d'uns primers anys de certs canvis superficials en la imatge pública de la masculinitat, que convidava a l'optimisme entorn de les possibilitats de transformar els aspectes de la mateixa més avesats al poder, ara veiem que aquests canvis no impliquen *per se* uns canvis pel que fa a les pràctiques quotidianes masculines. I d'això va també aquest treball: de l'estudi de les pràctiques masculines quotidianes, les quals es reprodueixen a partir de relacions *homosocials* però que impregnen més enllà, i condicionen tota l'estructura social i l'organització de la comunitat.

En aquest sentit, una de les etnografies de referència i font del procés d'anàlisi i redacció d'aquesta monografia ha estat *Learning to labour. How working class kids get working class jobs* (Willis, traducció al castellà de 1988). Aquesta magistral etnografia estudia els mecanismes de reproducció social i de classe a partir de dotze joves, amics entre ells, que provenen de famílies britàniques de classe obrera i que comparteixen el que l'autor anomena *cultura oposicional* respecte a la institució educativa. Una de les aportacions principals de l'autor i dels elements més interessants de l'etnografia té a veure amb el capital social que aporta el fet de formar part d'aquesta *cultura oposicional* respecte a l'escola, que alhora està darrere d'una societat tancada en termes de mobilitat social i que els perjudica directament en termes econòmics i de classe. Ras i curt, ser el *malote* de la classe t'aporta poder i *capital social* en el context escolar i la comunitat, però acaba fent que aquests nois abandonin els estudis i es converteixin en mà d'obra barata per a feines no qualificades de la indústria britànica. Malgrat que Willis no centra la seva anàlisi en la masculinitat, sinó en la classe, i això segurament té a veure amb el moment històric (l'etnografia es va dur a terme durant els anys setanta) i el posicionament marxista de l'autor, l'etnografia, en el nostre cas, no l'hem poguda veure mai com una etnografia exclusivament centrada en la classe social, sinó més aviat com una obra mestra dels *men's studies* per comprendre la reproducció social de la masculinitat en contextos subalterns. Una masculinitat que cal que sigui entesa, com dèiem, com a obstacle per a la conformació de xarxes d'afectes, cures i sosteniment i que dificulta també l'autocura i la demanda d'ajuda dels nois amb patiment mental, i dels homes en general, si entenem el patiment mental més com a *contínuum* que com a construcció dual (amb trastorn diagnòsticat/sense trastorn). Però també una masculinitat que aporta

prestigi i poder i que pot ser funcional a l'hora d'habitar la normalitat (heterosexual, activa, racional). Aquesta és segurament una de les parts que ens ha inspirat més de l'obra de Willis: aquesta condició dual de la masculinitat (com a reproductora de desigualtats i com a generadora de prestigi, també en un club social amb persones *psiquiatritzades*) que és tan interessant en termes analítics com complexa d'abordar. I és que l'exercici etnogràfic que presentem, es mou constantment entre voler evitar, d'una banda, una visió de la masculinitat com a construcció només tòxica, incorregible i inevitable, de l'altra, un relat de la masculinitat victimista i centrat en els costos que té per als homes que pugui arribar a negar les desigualtats estructurals. O potser, més que fugir de totes dues, aquesta etnografia pretén trobar un equilibri entre els dos pols, que contempli els efectes nocius de la masculinitat en els processos de salut/malaltia/atenció però que no n'oblidi els seus efectes *jerarquitzants* i *estratificadors*. De l'obra de Willis també ens quedem amb la seva voluntat d'escriure una etnografia no només dirigida, com diu al principi del llibre, a científics socials, sinó a qualsevol persona que tingui interès per la matèria que es tracta. No tinc clar si això ho he aconseguit o si ho he aconseguit en tot moment, però en tot cas aquesta ha estat la voluntat i el meu objectiu.

Trenta anys més tard, Palermo (2017) publica una altra interessant etnografia sobre la funcionalitat d'un conjunt de pràctiques i valors associats a la masculinitat i construïts al voltant del prestigi, per a la indústria petrolera argentina. Una construcció de la masculinitat que aporta privilegis i capital social en forma de *breadwinner*, sense els quals no s'entendria que molts homes acceptessin arriscar la vida i la salut per fer feines mal pagades, les quals aporten beneficis milionaris als propietaris d'empreses com YPF. I és que, tot i no presentar aquí una etnografia centrada en la classe social considerem, com diu Federici (2010), que el gènere hauria de ser tractat com una especificació de la classe. Per tant, tal com es podria extreure de l'etnografia de Willis, no podem parlar de masculinitat sense parlar de classe i viceversa. En altres paraules, estudiar aquestes persones que habiten els límits de la masculinitat és normalment estudiar també els homes que habiten el límit, la perifèria i l'exclusió derivada del model econòmic actual, el qual impregna també la cultura biomèdica i assistencial a partir d'una concepció del patiment mental farmacològica, individualitzadora i naturalitzada.

Finalment, i abans de descriure els continguts d'aquesta tesi de manera sumària, m'agradaria recalcar un darrer aspecte que, des del meu punt de vista, defineix i singularitza aquest

treball (com molts altres), el qual podríem dir que té a veure amb la *proximitat* i amb una voluntat conscient d'estudiar la *quotidianitat*. Idees que Esquirol (2015) recupera en el seu assaig filosòfic per conceptualitzar el dia a dia, no com a repetició o simple rutina sinó com a element imprescindible dins del qual pot aparèixer el contrast i l'esdeveniment, o fins i tot, l'imprevist. Sense aquesta quotidianitat no existiria tota la resta i és a partir d'aquí que podem invertir les tornes entre el que és *extraordinar*i i el que és *senzill* (però no simple) i construir una etnografia, com la que presentem aquí, en forma d'exercici basat en aquesta idea de *resistència íntima*. Però, més enllà de la metàfora, què vol dir aquesta antropologia de la proximitat? O fins i tot podríem preguntar-nos si l'antropologia no ha estat sempre això, un estudi de les coses properes. Fins i tot quan el que és proper és llunyà, aquesta ha estat una de les particularitats de l'acostament antropològic, el parar atenció a la quotidianitat. Que els *trobriand* fossin molt llunyans a l'origen cultural de Malinowski o la població de Samoa per Mead no va mai excloure que fessin antropologia de les coses poperes i de la quotidianitat, al contrari.

En el nostre cas, la proximitat la trobem en tres aspectes fonamentals. En primer lloc, metodològicament, el fet de formar part durant més de nou anys del Club Social, on s'ha realitzat la major part de la investigació, ha permès un acostament a les *històries de vida* de les persones *psiquiatritzades* i a la seva quotidianitat molt íntima, poc invasiva i basada més en el seu dia a dia que no pas en el que deien que era el seu dia a dia. O si més no ens ha permès tenir accés a totes dues. El doble rol d'educador/antropòleg ha acabat diluint el segon en la interacció i això ha comportat dilemes ètics però també una accés privilegiat a la vivència quotidiana dels nois que han participat de l'etnografia.

En aquesta mateixa línia, aquesta proximitat ha permès aplicar a la investigació una forma d'entendre el gènere, basada més en el *fer* que en el *ser* o l'*estar*. En altres paraules i basant-nos en la idea del *doing gender* (West i Zimmerman, 1987, 2009), l'objectiu d'aquesta recerca ha estat poder contrastar discurs i pràctiques masculines, perquè en un context paradoxal entre el discurs d'equitat i la pràctica desigual és necessari apostar per estudis sobre masculinitat (també en el camp de la salut) centrats en les *formes de fer* quotidianes.

Finalment, aquesta etnografia pròxima, quotidiana i continuada en el temps ha estat fonamental per estudiar la masculinitat (hegemònica) allà on fracassa (teníem molt per escollir, val a dir-ho, però ens vam centrar en el camp psiquiàtric). Si tenim en compte que la

masculinitat, en termes hegemònics, es construeix a partir de la negació de la vulnerabilitat i en un exercici constant i metòdic de defensa dels seus valors, hem necessitat la quotidianitat per certificar la poca consistència dels relats ideals i de la masculinitat prestigiosa. L'estudi de la quotidianitat ens ha permès conèixer altres parts menys visibles, menys accessibles de la masculinitat, alhora que ens ha calgut aquesta proximitat per conèixer les seves conseqüències  nivell material (i no només simbòlic).

Tot i l'èmfasi que hem posat en la proximitat com a element transversal de la investigació, en un moment donat vam necessitar posar en diàleg aquesta feina etnogràfica, si es vol més clàssica però quantitativament molt reduïda, amb algunes dades que ens parlessin de la relació entre gènere i salut mental (o masculinitat i patiment mental) des d'un punt de vista més generalista. Érem conscients que això ens feia perdre en proximitat i profunditat però guanyàvem en capacitat d'identificar tendències més amplies durant l'adolescència-joventut. En aquest sentit, i partint de les dades a les quals hem pogut tenir accés, hem inclòs dos capítols basats en dades extretes de qüestionaris i enquestes i realitzades en altres contextos (instituts i escoles, principalment). Un capítol sobre l'anàlisi que fa l'Informe FRESC del 2016 i realitzat per part de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) sobre salut i adolescència, en el qual ens basem principalment, en analitzar el patiment mental i maneres d'expressar-lo amb relació al gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic. I un segon capítol on intentem situar quines són les característiques que defineixen la masculinitat per 154 adolescents escolars entre segon d'ESO i primer de batxillerat. Dades obtingudes a partir d'un qüestionari obert i del nombre de repeticions recollides sobre cada un dels elements que segons ells els fan homes o els permeten identificar-se com a tals.

Per tant, i per anar tancant aquesta introducció a la recerca presentada, en aquestes pàgines hi trobareu un total de vuit capítols ordenats seguint un esquema força clàssic: marc teòric, metodologia, etnografia o anàlisi i discussió sobre les dades obtingudes i conclusions. Tots els capítols tenen com a fil conductor les relacions entre masculinitats/gènere i patiment mental, subjectiu o psíquic. Abans de començar amb el marc teòric, trobareu un breu apartat amb alguns aclariments o definicions sobre alguns dels termes i conceptes centrals de la tesi.

Hem dividit l'estat de la qüestió o marc teòric en dos apartats: un primer apartat que situa, en primer lloc, l'objecte d'estudi (homes amb patiment mental) i, en segon lloc, alguns

paral·lelismes interessants entre la construcció conceptual del sistema de les relacions *sexogenèrique*s en el camp de la masculinitat, d'una banda, i les relacions entre *disease*, *illness* i *sickness* plantejada des de l'antropologia mèdica, de l'altra. A partir d'aquesta comparativa, es plantegen alguns elements en comú de les dues estructures conceptuals. Amb importants implicacions materials i simbòliques, en relació amb els processos de naturalització i biologització d'elements del camp cultural, com a manera de reificar estructures de pensament basades en la individualitat, el *binarisme* i la subordinació de la dimensió sociocultural. A partir d'aquí, el primer capítol presenta una selecció de les proposes teòriques i conceptuals entorn de la masculinitat entesa com a construcció de gènere i, sobretot, un repàs dels corrents i idees més útils per a l'anàlisi posterior de les dades obtingudes. Aquest recorregut se centra principalment en; la idea de *fer* o *fent* gènere, i de la masculinitat com a conjunt de pràctiques, i en les aportacions dels estudis feministes i els *men's studies* al nostre camp. I, finalment, en les actualitzacions realitzades *a posteriori* de la proposta *connelliana* sobre les seves *masculinities*, que contemplen les *masculinitats híbrides* i algunes de les transformacions que han necessitat aquests plantejaments teòrics per adaptar-se a una realitat canviant i dinàmica. En aquest marc, la idea de *transacció* de Menéndez ens és molt útil per explicar aquestes hibridacions i la relació entre hegemonia i subalternitat en el camp de la masculinitat.

El segon capítol el podem entendre més aviat com un recopilatori, a estones dens, d'estudis i investigacions sobre masculinitats i salut mental. Així com aquest segon capítol no és tan central en l'àmbit conceptual, és imprescindible per completar l'estat de la qüestió i focalitzar-lo en el camp de la salut mental en clau de gènere i centrada en les masculinitats. Aquest capítol respon a un objectiu, si es vol, secundari de la tesi, el qual té a veure amb un exercici de síntesi i traducció al català dels principals corrents i aportacions teòriques en aquest camp (salut mental i masculinitat). Això respon principalment a la necessitat d'analitzar què s'ha dit fins avui sobre el nostre àmbit d'estudi, d'una banda, però també a la voluntat d'acostar al nostre context un volum de literatura científica sobre aquest àmbit molt notable, sobretot si ho comparem amb la producció científica sobre aquest tema en el nostre context, pràcticament inexistent. Més encara si busquem publicacions en català o castellà i des d'un punt de vista antropològic. Pensem que aquest acostament entre estudis —sobretot provinents del món anglosaxó, però també amb aportacions provinents de l'Amèrica Llatina, els països nòrdics o el continent asiàtic— ens permet ubicar algunes implicacions de la masculinitat en aquest camp que poden ser transnacionals. Però, sobretot,

i aquest és l'objectiu principal, constaten la mancança i necessitat de generar estudis que analitzin les particularitats del nostre context, quant a models culturals en termes de gènere i masculinitat, i també que tinguin en compte les particularitats del sistema de salut mental local. Per ordenar aquest capítol, ho hem fet, en primer lloc, a partir d'ubicar algunes línies generals pel que fa a la interacció entre patiment mental i masculinitat. En segon lloc, hem situat les principals idees en l'àmbit de l'espectre neuròtic, utilitzant la terminologia psicoanalítica i centrant-nos en el cas de la depressió. En tercer lloc, ens hem basat en les formes de patiment que encaixen en l'espectre psicòtic. Ens hem centrat en algunes de les principals conseqüències pel que fa a la masculinitat hegemònica sobre els processos de salut/malaltia/atenció (o salut/patiment/cures) en termes de suport social, demanda d'ajuda i reconeixement de la vulnerabilitat, en definitiva. Hem dedicat, en quart lloc, un apartat a l'estigma associat al camp psiquiàtric i especialment a les maneres com s'articula amb la masculinitat, apartat que ens servirà per introduir un dels capítols centrals de la tesi sobre estigma masculí (o *masculinitzat*). Finalment, hem apuntat altres elements que cal tenir en compte per fer una anàlisi del fenomen estudiat com a quelcom relacional i des d'una mirada interseccional. Ens referim als factors socioeconòmics, l'impacte d'aquesta relació entre masculinitat i patiment psíquic per les dones i algunes de les principals particularitats del moment adolescent i la joventut. Malgrat que, com hem dit, la majoria de referències provenen de fora de Catalunya i Espanya, hem volgut tancar el capítol fent una breu anàlisi de les principals publicacions sobre salut mental i gènere en el nostre context.

El tercer capítol és una visita al *backstage* de la investigació, a partir del qual podem veure de manera descriptiva els principals passos que s'han dut a terme durant els anys de realització de la recerca, les maneres a partir de les quals s'han obtingut les dades, les tècniques d'investigació emprades i el procediment que s'ha seguit per a l'anàlisi. Finalment, hem afegit un apartat que situa el mètode, transversal a tota la investigació, en un àmbit més aviat filosòfic o pel que fa a la idiosincràsia de la recerca. Dit d'una altra manera, en aquest darrer apartat s'hi situen alguns elements que permeten entendre la singularitat del treball presentat sense el qual no es pot entendre l'anàlisi posterior de gran part del material obtingut durant els de anys de treball de camp.

Del capítol 4 al 8, hi trobarem tota la discussió, l'anàlisi de les dades i els resultats principals de l'etnografia realitzada. Per ordenar aquesta informació, cada capítol correspon a un tipus de dades o a un dels nusos conceptuals clau de la investigació. El capítol 4 introdueix, a

manera de context més general, l'anàlisi elaborada a partir algunes dades obtingudes de l'informe FRESC del 2016, fet a partir de les respostes de 3.888 adolescents a un qüestionari sobre salut (en termes amplis: consum, sexualitat…), sobre salut mental, gènere, nivell socioeconòmic i edat. Aquest capítol ens serveix, d'una banda, per confirmar que existeix una influència clara dels tres factors en els graus de patiment mental i les formes d'expressar-lo però que especialment és el gènere el que ens permet explicar la part més important d'aquesta variabilitat. De l'altra, segons l'estudi realitzat podem afirmar que en la manera d'analitzar el gènere en estudis sobre salut de la població adolescent, i concretament en les investigacions sobre salut mental, hi manquen eines específiques que vagin més enllà d'una categoria *sexe* binaria (la qual barreja sexe de naixement, assignació de gènere, expressió de gènere, identitat de gènere) i que no permet valorar les maneres de viure la masculinitat, la feminitat o una identitat no binària de manera més detallada i complexa, ni analitzar com aquestes variables afecten les formes de patir i expressar patiment psíquic.

El capítol 5 es basa en una recollida de dades modesta (154 adolescents) sobre quins elements, característiques o atributs creuen ells (adolescents entre 13 i 17 anys) que defineixen la masculinitat i, més concretament, quins elements els identifiquen com a homes o nois. Aquest exercici és resultat de la feina d'educador i *tallerista* en diferents instituts de Catalunya i ens permet concretar a què ens referim quan parlem de les característiques de la masculinitat hegemònica, posant l'èmfasi en els elements que estan en procés de transformació i els que es presenten com a constatació d'una certa continuïtat històrica de la masculinitat. De manera clarissima observem com la genitalitat, el cos i l'element biològic continuen estant al centre de la masculinitat. D'altra banda, constatem una proliferació notable de maneres de fer d'home que responen a *transaccions* i *hibridacions* respecte al model hegemònic, i la creació una espècie de *masculinitat mosaic* que en moments de dubte o de desubicació recorre a la biologia i l'aparença (o elements estètics) per consolidar la identitat masculina.

El capítol 6 és, sens dubte, el capítol menys intervingut per part de l'investigador: s'hi presenten dos relats de vida de dos nois joves *psiquiatritzats*, informants clau de l'etnografia realitzada, a partir de les quals es poden situar elements en comú i divergències pel que fa als seus itineraris vitals, travessats principalment pel patiment subjectiu o el *patiment mental excessiu* (Talarn, Sainz i Rigat, 2014). La idea de no analitzar, o com a mínim no fer-ho dins d'aquest capítol, les dades extretes dels relats és poder aportar dos itineraris i dues

veus tan directes com sigui possible al lector o lectora, per tal de condicionar tan poc com es pugui la seva interpretació. Tot i això, alguns dels elements que aporten aquests dos relats, i gràcies a la seva riquesa, ens serviran per a l'anàlisi que es realitza en els capítols posteriors. Hem volgut posar aquest capítol abans que els capítols més analítics per facilitar aquest acostament a la temàtica a partir d'històries singulars, però altament explicatives pel que fa al fenomen estudiat, i que també ens permeten extrapolar alguns dels elements a un àmbit més general o estructural.

El setè capítol, segurament un dels apartats que condensa més contingut etnogràfic i més ric en termes analítics, se centra en la idea d'*estratègies de masculinització* (De Martino-Bermúdez, 2013) per explicar com es construeix la masculinitat, com ho fa específicament en el nostre camp d'estudi i de quines maneres impacta en el patiment subjectiu i les formes de gestionar-lo, compartir-lo, sostenir-lo o *autoatendre'l*. Un cop analitzades les estratègies principals (dominació/subordinació, cos/duresa/esport, estoïcisme emocional, autonomia econòmica / treball productiu i heterosexualitat/homofòbia), en aquest capítol s'hi plantegen alguns dels principals resultats de la recerca, centrats en la manera com l'etnografia ens permet contestar les preguntes i hipòtesis plantejades i respondre a l'objectiu d'explicar com la masculinitat condiciona complexament el patiment mental. Sempre amb l'objectiu de plantejar noves maneres o possibles transformacions del sistema de salut que incorporin aquests elements en les formes d'atenció i cura del patiment mental masculí. I quan diem "sistema de salut" ho fem en un sentit col·lectiu i comunitari que vagi més enllà del model medicalitzat, centrípet i *hospitalocèntric*.

Finalment, hem dedicat el capítol vuitè a l'estigma psiquiàtric i com és viscut sota els efectes de la masculinitat, partint de la hipòtesi que la masculinització de l'estigma cristal·litza en una negació de la vulnerabilitat i que això dificulta la demanda d'ajuda i atenció, però també la creació o manteniment de xarxes de sosteniment que acompanyin el patiment mental. Per elaborar aquest capítol, hem dividit una idea *goffmaniana* de l'estigma en nivells i dimensions (Link, 1987; Corrigan, 2000; Corrigan i Watson, 2004; Ritsher i Phelan, 2004; Livingston i Boyd, 2010; Brea i Gil, 2016) analítiques i en partícules. Aquesta segona és una proposta conceptual pròpia que serveix per *particularitzar*, a partir de situacions, escenaris o experiències singulars, la vivència de l'estigma i alhora recupera la idea de partícula com a part petita del tot. Per tancar el capítol, analitzem breument les resistències, estratègies o respostes possibles davant de l'estigma, i plantegem una breu discussió analítica sobre

la base del treball de camp realitzat. Malgrat que afloren en diferents moments de la investigació, és de manera especial en aquest capítol quan apareixen les narratives dels professionals *psi* entrevistats, els quals aporten una mirada sobre l'estigma i el gènere que va més enllà de la vivència pròpia dels informants.

Les consideracions finals tanquen aquesta recerca amb alguns apunts finals o resultats principals de la investigació, però sobretot amb la voluntat d'apuntar elements que cal continuar discutint i pensant en aquest àmbit, des del camp teòric però sempre amb la mirada posada en les possibilitats d'aplicar aquestes reflexions al camp educatiu i de la salut.

# MARC TEÒRIC

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# 1 MASCULINITATS I GÈNERE

## 1.1 | Homes amb patiment mental. Definint l'objecte d'estudi i el posicionament

Tota investigació parteix de la delimitació o selecció, el més acurada possible, d'un objecte d'estudi sobre el qual volem saber més i a partir del qual volem confrontar una hipòtesis de partida amb la realitat. En el nostre cas, l'exercici s'ha basat en convertir en objecte d'anàlisi i d'estudi les subjectivitats i pràctiques de persones travessades per tres vectors; la masculinitat, el patiment mental i la joventut. No ens va caldre avançar molt en el procés per a identificar que en la pròpia delimitació del camp d'estudi hi trobaríem el principal obstacle, i alhora, el principal interès de la investigació. Aquest primer escull respon a una pregunta aparentment simple; qui són aquests subjectes homes joves amb patiment mental? On els podem trobar? I, sobretot, com els diferenciarem d'aquells que no són homes, d'aquells que no pateixen o d'aquells que no són joves?

Sense voluntat d'anticipar en aquestes primeres pàgines un desenllaç, val a dir que són preguntes no resoltes del tot durant la investigació. Segueix sent per mi difícil identificar aquest subjecte home, jove amb patiment psíquic sense caure en múltiples contradiccions. Dit d'altra manera, se'm fa feixuc establir la línia entre aquests i aquells que quedarien fora del meu propi estudi; no-homes, no-joves o sense patiment psíquic.

Tota investigació antropològica parteix de persones, grups o contextos concrets i particulars però sense renunciar a la possibilitat d'explicar a partir d'aquests un ordre social més ampli. Aquesta relació entre la part i el tot ha estat conflictiva en l'antropologia o si més no, font de debats i reflexions. Sobretot si tenim en compte la irrupció d'un món globalitzat que fa inevitable el contacte, i per tant la influència, entre contextos culturals aparentment llunyans i amb desigual capacitat d'influència respecte a la resta. No pretenem resoldre aquí aquest debat, però sí interrogar-nos sobre la nostra posició al respecte. Aquesta pretén ser un mig camí, d'una banda, entre un relativisme extrem que no contempla, per exemple, com determinades idees de la masculinitat són transnacionals. I de l'altra, d'una conceptualització de la salut i la masculinitat que a vegades tendeix al difusionisme etnocèntric (en aquest cas a partir del model mèdic hegemònic i la masculinitat hegemònica). El relativisme més ortodox creu que les mateixes causes que en un context determinat porten a determinades conseqüències no són extrapolables a d'altres contextos culturals, però postulats de tipus més difusionistes neguen o menystenen la dimensió sociocultural.

La psiquiatria biomèdica, representada pels manuals diagnòstics estatunidencs, seria un bon exemple d'aquest últim tipus. Aquest punt intermedi té a veure amb allò que podem anomenar *consciència de relativitat* (Martínez-Hernáez, 2011), la qual ens permet establir determinats patrons o analitzar dimensions estructurals, però sempre revisant com aquestes relacions de causa-efecte es veuen influïdes pel context cultural (on s'inclou la posició i la subjectivitat de la persona o persones que elaboren la recerca). I és en aquesta posició on ens sentim més còmodes per plantejar aquest estudi. Mason i Boas ja discutien quelcom semblant a finals del segle XIX. Mason representava la visió més evolucionista, segons la qual les idees i les pràctiques es difonien a través de la migració. Franz Boas[3] contradeia a Mason i representava aquest "puritanisme metodològic" (Lowie, 1891; Harris, 1985), segons el qual no es podia explicar un fenomen concret a partir de les mateixes causes que explicaven un fenomen semblant, però produït en altres latituds i context culturals, perquè això implicava que estaven parlant del mateix fenomen. I aquest, segons ell, era l'antídot a l'universalisme i l'etnocentrisme que va caracteritzar una part important de la història de l'antropologia. Però per entendre aquest debat no podem aplicar a Boas la concepció del relativisme modern, sinó que cal situar-nos en el seu moment històric i entendre'l com un racionalista, segons el qual no hi havia possibilitat de projecte racional sobre la cultura sense la consciència de relativitat dels fenòmens.

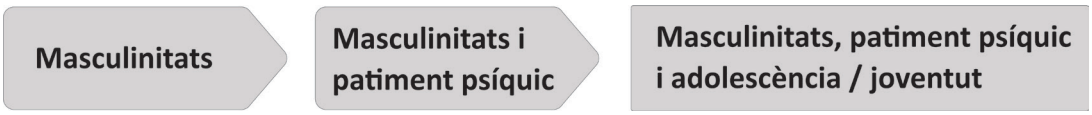
Tornant al nostre estudi, la *consciència de relativitat* ha estat fonamental per no caure en l'error de voler extrapolar els nostres resultats a tota la masculinitat jove travessada pel patiment mental o psíquic, però sense que això s'oposi a la possibilitat de contribuir a una explicació de com s'articulen aquestes tres dimensions més enllà del context estudiat. Amb la intenció de trobar un equilibri entre aquests dos pols, partim de dos posicionaments o intencions clares respecte a l'objecte d'estudi. En primer lloc, la cerca de particularitats compartides entre la majoria de persones que m'han acompanyat durant el treball de camp. I és que ser llegit com a home, identificar-se com a home, tenir entre 13 i 33 anys, o haver viscut situacions de *patiment mental excessiu* provoca unes conseqüències concretes i, fins i tot, diria materials (en termes d'opressió-privilegi) que no podem negar. Conseqüències que tenen a veure sempre amb la intersecció entre aquestes

[3] Un dels fundadors de l'antropologia nord-americana de tall més culturalista, en oposició als excessos de l'evolucionisme i el difusionisme.

tres variables i altres variables socioeconòmiques que es relacionen amb aquestes: origen, preferències sexuals, classe, etc. El segon argument, que aporta punts d'ancoratge davant dels excessos relativistes, té a veure amb aquella idea que, moltes vegades, entendre o analitzar l'exclusió i sobretot, els mecanismes com una societat gestiona aquesta exclusió, ens permet entendre el tot. Dit d'altra manera, entendrem la masculinitat a partir d'aquells elements que queden exclosos de la mateixa, de la mateixa manera que entendrem la salut a partir d'allò considerat patològic i allò adult, a partir de la infància/joventut o la vellesa. És cert que la retòrica institucional i la OMS, per posar un cas paradigmàtic, defineixen la salut més enllà de l'absència de malaltia, però si ens fixem amb la seva gestió, en l'àmbit dels dispositius, per exemple, la lògica és una altra. Quan parlem de la xarxa de salut mental ens referim als centres que atenen la patologia, el trastorn o allò que s'identifica justament com la carència de salut mental. En altres paraules, el circuit de salut no s'ocupa de la salut sinó de la malaltia. Com deia Leriche, *la salut és la vida en el silenci dels òrgans* (Pera, 2009).

Crec que tots dos arguments poden ser útils, almenys així han estat per mi, a l'hora de trobar un lloc en aquesta tensió entre una crítica necessària a les categories binàries -a partir d'una dicotomia artificial entre home i dona, *normal i patològic* (Canguilhem, 1966) o adult i jove- i una anàlisi de les conseqüències que té ubicar-te i/o ser ubicat socialment en alguna d'aquestes categories.

Per una qüestió heurística i d'ordre, plantejarem el marc teòric a partir del següent esquema:




En forma de suma i progressiva delimitació del camp d'estudi, s'afegiran així a cada tema un repàs teòric a algunes de les investigacions realitzades fins a dia d'avui, o corrents principals sobre la confluència entre aquestes tres variables. En aquest primer capítol, es cartografien algunes de les aportacions conceptuals o debats centrals entorn dels homes i de les masculinitats (*Men and masculinity studies*[4]). Se centra especialment en

[4] A partir d'ara MMS.

aquelles aportacions que presenten tres característiques: no perden de vista la dimensió política i del poder reconeixen i dialoguen amb les aportacions feministes sobre aquest camp i parteixen d'una voluntat clara de posar l'anàlisi i la investigació al servei de la transformació social (amb les dificultats que això suposa a nivell analític). Per tal d'elaborar aquesta primera part de l'estat de la qüestió, es farà un breu recorregut històric sobre les aportacions teòriques prèvies a la publicació dels treballs de Connell (1987, 1995) i a la seva proposta de *masculinitat hegemònica*. S'aturarà especialment en aquelles propostes que permeten analitzar les pràctiques masculines (o *masculinitzades*) i la dimensió performativa del gènere, idees que s'han aglutinat a partir de la noció del *fer gènere* (*doing gender*). Tot seguit, es desplegarà la idea de masculinitat hegemònica (MH), les seves possibilitats, les seves limitacions i la seva evolució a partir de crítiques produïdes per diferents publicacions d'àmbit internacional. Això permetrà situar, finalment, la idea de masculinitat híbrida i com aquesta idea interpel·la o serveix per explicar el context i el camp d'estudi. Aquest apartat es detindrà a parlar de la dimensió del poder de manera específica.

En segon lloc, es presenta un estat de la qüestió sobre aquells estudis que s'han centrat en la dimensió de la salut, i concretament de la salut mental, en relació a la masculinitat. Aquesta segona part només es pot entendre com una conseqüència més acotada d'allò que s'haurà presentat prèviament en aquest primer tema. Si la primera permetrà situar les coordenades teòriques de la masculinitat, la segona abordarà com aquesta construcció cultural de la masculinitat impacta en els processos de salut/malaltia(patiment)/atenció(cures). Una elaboració de l'estat de la qüestió que servirà com a base a partir de la qual construir la present investigació.

Però abans de tot això, es començarà establint alguns paral·lelismes entre la construcció sociocultural del *gènere* i la construcció sociocultural del *trastorn mental*, la qual cosa pot ser molt útil per entendre els capítols posteriors.

## 1.2 | Paral·lelismes entre *disase/illness/sickness*[5] i mascle/home/masculinitat

La coneguda com a segona onada del Feminisme, en un context com el posterior a la II Guerra Mundial, havia permès posar sobre la taula el fet que ser dona tenia més a veure amb una construcció cultural al servei de la dominació que amb una qüestió biològica (més tard aquesta proposta es començarà a estendre a la masculinitat). Segurament la frase de Simone de Beauvoir de "no es neix dona, s'arriba a ser-ho" (1968[6]) és la més paradigmàtica o representativa d'una de les aportacions principals dels feminismes a la teoria social. En aquesta mateixa línia, Margaret Mead, a partir de les seves investigacions basades en diferents cultures, va destacar que els rols i els atributs associats a les dones podien variar d'unes societats a d'altres, i que allò que en un lloc es considera femení (com cuidar o la tendresa) podia ser associat als homes en un altre lloc, o com a mínim podien donar-se diferenciacions radicals entre contextos diversos (1973, 1994).

Serà durant els anys 70 quan l'antropòloga Gayle Rubin qüestionarà la naturalesa de la categoria sexe a partir del seu treball d'anàlisi de l'intercanvi de dones estudiat per Levi-Strauss, per assegurar que és la societat qui transforma la sexualitat biològica en un producte humà (Rubin, 1986). D'aquesta manera enunciava, per primera vegada, el concepte de sistema sexe-gènere com a "conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas"(1986).

No de manera casual, és també durant els anys 70 quan Fàbrega, metge de formació antropològica, va delimitar dues formes de referir-se a la malaltia, o dues dimensions de la mateixa, que van establir-se com a punt de partida d'una nova manera d'entendre-la; la *disease* (patologia) que feia referència a tots aquells "estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental" (Fàbrega, 1972, p.2133) i la *illness* (malestar), la qual "refers to a person's perceptions

[5] Com passa amb altres conceptes o idees que farem servir durant de tot el text, utilitzem aquí la terminologia anglosaxona per dos motiu. Per el seu ús a nivell internacional i fonamentalment per la dificultat de traduir aquests termes –*disease, illness* i *sickness*- al castellà/català. Els tres mots són sinònims de malaltia però amb matisos molt diferents. Si es vol fer una traducció, assumint certa pèrdua d'especificitat, es pot traduir *disease* per patologia, *illness* per malestar i *sickness* per aflicció.

and experiences of certain socially disvalued states including, but not limited to, disease" (Young, 1982, p.265).

Tant en el cas de sexe-gènere com en el cas de *disease-illness* allò que s'està diferenciant és una entitat biològica, que apareix aparentment intacta abans de la seva transformació en el seu correlat cultural, d'una noció psicològica o que inclou la percepció del subjecte impregnada de cultura i context. Com diria Butler (2010), tot allò que ubiquem en en el camp estrictament biològic apareix com quelcom *prediscursiu,* que té una entitat prèvia a la seva conversió cultural, que és preexistent podríem dir. Apareix un altre element fonamental per explicar aquest procés de *naturalització*, tant del sexe com d'allò patològic, i aquest té a veure amb el que en antropologia s'anomena dimensió *emic* i dimensió *etic*. La primera respon a l'explicació que dona el propi subjecte sobre un determinat fenomen que l'involucra, metre que l'*etic* té a veure amb la visió que es dona des de fora, per exemple per part de l'antropòleg o l'antropòloga sobre aquest mateix fenomen. Comelles i Martínez (1993) situen la dimensió èmic i la interpretació de les pròpies persones afectades com a essència de la *Illness* i la dimensió ètic com la categoria etnogràfica de la *disease*. Seguint amb el paral·lelisme entre sexe/gènere i *disease/illness* segurament podem ubicar la dimensió *etic* en el saber professional o expert (biomèdic en el nostre context) que serà l'únic capaç d'explicar –o amb autoritat suficient per fer-ho- aquesta entitat "prediscursiva" o "natural". Això passarà tant amb el sexe com amb el trastorn mental –aquest últim entès com a entitat mòrbida d'origen somàtic; aquí podem incloure tant un desajust en la dopamina com un problema sinàptic o com una etiologia genètica-. La *illness* (o el malestar) i la identitat de gènere correspondrien així a la dimensió èmic, és a dir, com cadascú defineix el seu gènere o el seu malestar (experiència de malestar) a nivell llec.

És Fàbrega qui fa l'associació entre *etic* i *disease.* Entre una entitat patològica que es troba inserida en el cos del subjecte, però que només la pot explicar un saber extern. Tot i que quedar-nos aquí seria simplificar la realitat, què passa si la persona amb trastorn té estudis en psiquiatria biomèdica? Estaríem parlant de la dimensió *emic* o *etic*? O què passa amb els subjectes que no tenen coneixements sobre biomedicina, però expliquen el seu patiment com un desajust neuroquímic[7]? I l'últim exemple, és el mateix un *etic* biomèdic que un

[7] *Neuronarratives*, que diu Martínez-Hernáez (2019).

*etic* antropològic? En el treball que es presenta, per exemple, s'explica el patiment mental més enllà del que narra la persona que el pateix (punt de vista *emic*), per tant és una visió *etic,* però que parteix de les seves pròpies narratives (*emic*). Per tant, no sempre és fàcil establir fronteres clares entre ambdues dimensions. En aquests casos, l'associació entre *etic-disease* i *emic-illness* simplificaria una realitat més complexa d'aquella que planteja Fàbrega. En aquest sentit, podem partir de dues maneres d'entendre la dualitat *emic/etic* en antropologia. Segons Pike (1967), fent una analogia amb el llenguatge, l'*etic* seria una visió externa abans de conèixer la cultura, i *emic* la visió interna d'aquesta cultura, és a dir de les persones que l'habiten i la reprodueixen, "insiders vs outsiders" podríem dir. I així és com molts estudis antropològics l'apliquen. Per Harris (1976) en canvi, la distinció *etic/emic* no només correspon amb fora/dins de la cultura, ja que pot haver-hi més d'un *etic*. I això és el que passa en el nostre cas, on ens trobem amb un *emic* clar, però amb més d'un etic, dos com a mínim; d'una banda, aquell dels i les professionals *psi* i de l'altra l'*etic* antropològic. Dues maneres diferents d'entendre el patiment psíquic. Per tant, podem dir que encaixa més la proposta de Harris, però el que realment interessa destacar aquí és el problema que suposa assimilar la *disease* a l'*etic.* Relació que deixaria tota la potestat per l'anàlisi i la determinació de la malaltia al professional mèdic. Davant d'això s'aposta, com proposen Comelles i Martínez-Hernáez(1993), per entendre la *disease* com a *illness* per al metge/ metgessa, és a dir com a identificació o marc explicatiu resultat d'un determinat sistema cultural o d'una cosmovisió, en aquest cas, la biomèdica. En canvi, amb aquest estudi, com molts d'altres, es volen reivindicar altres maneres d'aproximar-se a la *illness* i la *sickness* que donin un lloc més central a l'*emic,* el patiment mental, i a l'experiència de l'aflicció, en definitiva.

El que interessa entendre en aquest punt és que tot i que l'*etic* no implica la negació del coneixement *emic per se* (i podríem posar aquí nombrosos exemples antropològics), la *disease* de Fàbrega i el *sexe* del qual parlen autores com Anne Fausto-Sterling (2000) representen aquelles dimensions del coneixement més inaccessibles per part del coneixement no-expert o llec*.* Per tant, són aquelles esferes del coneixement naturalitzades i aparentment no tocades per la cultura les més propícies a generar relacions de poder entre un saber acadèmic-científic i un saber *experiencial*. Com diu Fausto-Sterling, en el seu pertinent estudi sobre intersexualitat i el sexe biològic com a dispositiu de reificació del binarisme i l'ordre de gènere: "Cuanto más buscamos una base física simple para el sexo, más claro resulta que 'sexo' no es una categoria puramente física. Las señales y funciones

corporales que definimos como masculinas y femeninas estan ya imbrincadas en nuestras concepciones del género" (p.19)

Autores com Butler o Fausto-Sterling representen aquesta tercera onada del feminisme on el sexe passaria a ser un constructe (amb una base material i biològica, evidentment) imprescindible per legitimar el poder mèdic. Però també, com passa amb la *disease,* el gir epistemològic que permet posar sota el focus de l'anàlisi sociocultural aquestes dimensions naturalitzades és un pas fonamental per posar en dubte tota l'arquitectura de les relacions entre natura-cultura i entre saber-poder. Aquestes autores no estan qüestionant, el que podem anomenar, l'existència material (biològica, hormonal, genètica etc.) del sexe, de la mateixa manera que nosaltres no volem posar en dubte la realitat biomèdica i neuroquímica del trastorn mental, el que permet aquest gir (estudis de gènere i antropologia mèdica) és estudiar aquests dispositius o entitats com quelcom també dipositari d'allò cultural i que cal estudiar com a tal:

> "Mi intención es mostrar la dependencia mutua de estas afirmaciones, en parte abordando temas como la manera en que los científicos (a través de su vida diaria, experimentos y prácticas médicas) crean verdades sobre la sexualidad; cómo nuestros cuerpos incorporan y confirman estas verda- des; y cómo estas verdades, esculpidas por el medio social en el que los biólogos ejercen su profesión, remodelan a su vez nuestro entorno cultural." (Fausto-Sterling, 2000, p.20)

Però tornem un pas històric enrere, al gènere del qual ens parlaven Beauvoir o Mead. El feminisme i els estudis de gènere (*queer*, LGTBI, etc.) van anar un pas més enllà del gènere com a producte de les pressions socioculturals i van començar a parlar també de la *identitat* (de gènere) per referir-se a l'elecció que fa una persona davant d'aquest sistema normativitzat *sexegenèric*, permetent que aparegués de manera més central l'*agència* del subjecte i la capacitat de resistir, o no, determinades imposicions de tipus cultural.

Sense negar les diferències evidents entre una identificació de gènere i una narrativa pròpia sobre el patiment mental, sí que creiem que es produeixen paral·lelismes, també en aquest sentit, dignes de ser tinguts en compte. Mentre parlar de patologia ens porta a traslladar tota la capacitat discursiva i enunciativa al o la professional de la salut, parlar de malestar o

patiment ens remet a la seva dimensió cultural, però també a la capacitat que té el subjecte de construir el seu propi relat.

Com dèiem, determinades formes d'entendre el saber i la ciència tenen la necessitat de situar determinats fenòmens o atributs fora del camp cultural, fora del camp discursiu -i per tant de la política- com a forma de controlar justament el relat, el discurs i l'autoritat comprensiva sobre aquests atributs o fenòmens. I és aquí on el feminisme i l'antropologia mèdica (com a mínim aquella crítica) han convergit en l'intent de tornar al terreny cultural allò biològic o "natural". Quan Butler, com a representant d'una tercera onada del feminisme, va més enllà de la transformació cultural de sexe en gènere i diu que el "sexo, por definición, siempre ha sido género" Butler (2007, p.57) està fent servir un argument molt semblant a aquell que utilitza Arthur Kleinman quan entén la distinció entre *disease/illness* a partir d'estudiar el sistema biomèdic com a *sistema cultural* (Geertz, 1991,2001). En altres paraules, segur que gran part de l'antropologia mèdica, que ha analitzat la construcció cultural del trastorn mental en el camp de la psiquiatria clínica, podria concloure que el trastorn o el *disease* sempre ha estat *illness* explicat pel coneixement mèdico-científic. El que es posa en dubte no és l'existència d'unes característiques sexuals primàries o secundàries, ni el trastorn o la patologia mental com a entitat mòrbida, el que impugnen Kleinman i Butler és la separació entre naturalesa i cultura, no existeix aquesta distinció quan som éssers culturals els quals estem darrere d'una determinada explicació d'allò "natural".

Durant els anys 80, Allan Young critica la teoria dels models explicatius (*explanatory models of illness* o EMs[8]) d'Arthur Kleinman, apuntant que el paradigma biomèdic i l'estudi de la *illness* compartien un mateix punt de partida erroni. Segons Young, ambdues dimensions només tenen en compte les narratives de les persones implicades o afectades directament (metges, malalts, etc.). I d'aquesta manera s'individualitzen els fenòmens i es nega la seva dimensió social (*sickness*). El que cal, segons l'antropòleg, és entendre i analitzar els processos de socialització de la *disease* i la *illness*:

[8]Són els conjunts de nocions sobre un episodi de malaltia i el seu tractament en què es basen aquelles persones que formen part del procés clínic. En aquest procés apareixen diferents actors i diferents *EMs*: malalt, família i professionals. La interacció entre models explicatius és l'element central de les cures i l'atenció en salut (Kleinman, 1981).

> "Every culture has rules for translating signs into symptoms, for linking symptomatologies to etiologies and interventions, and for using the evidence provided by interventions to confirm translations and legitimize outcomes [Comarroff, J. (1976), Low, S.M. (1981), Nichter, M (1980)]. The path a person follows from translation to socially significant outcome constitutes his sickness" (Young, 1982, p.270).

Seguint amb el paral·lelisme, i fins i tot forçant una mica el mateix, podem comparar la proposta conceptual de Young amb la masculinitat hegemònica de Connell (1995), a la qual en aquest capítol ens referirem amb profunditat, o amb el gènere, però aquesta vegada no tant en relació a la seva dimensió psicològica (identitat) com a la seva dimensió normativa o social (model o hegemonia), la qual també impacta en la construcció subjectiva[9]. El gènere pot ser entès com el conjunt d'atribucions culturals –i per tant jerarquitzades- que s'assignen a la categoria home; la identitat respon, en canvi, a l'elecció o acceptació que fa una persona davant d'aquest seguit de propostes (o imposicions) culturals. Aquesta identitat estarà feta d'altres elements del que Butler (1990, 2001, 2007) anomena la *matriu heterosexual*, com poden ser la preferència o desig sexual o l'expressió de gènere. Tot i que el sistema sexe-gènere normativitza aquesta elecció, o fins i tot, la imposa en forma de *cadena simbòlica* (sexe masculí = gènere masculí = expressió de gènere masculina = heterosexualitat) estarem d'acord que apareixen moltes possibilitats *altres* –castigades socialment, però possibilitats, en definitiva-. I de fet, autores com Butler fan ús d'aquestes divergències per posar en qüestió o donar la volta a aquest esquema simbòlic. Diferenciar aquestes possibilitats té a veure amb els diversos models de masculinitat o feminitat que la cultura ofereix i amb el valor que cada un d'aquests té. Segons aquest valor podrem distingir un –o més d'un- model(s) hegemònic(s).

Parlar de model hegemònic, o en el nostre cas de masculinitat hegemònica, és parlar de la relació entre estructura i subjecte, i treure el focus de la dimensió individual o identitària, és parlar també de relacions de poder (entre MH i feminitat o entre MH i masculinitats

[9]Fent aquesta distinció entre construcció cultural/normativa i psicologia som conscients que no existeix tal diferència en termes de gènere en la realitat, o si més no, que estan tant relacionades que no es poden separar l'una de l'altra. En aquest cas és més aviat una diferència o proposta analítica que ens serveix per comparar els dos esquemes conceptuals. D'aquí que partim d'un esquema que estudia la subjectivitat (PSICO), sempre en relació al context cultural (CULTURAL), sense negar, això sí, la història personal i intransferible que hi ha darrere de cadascuna d'aquestes subjectivitats.

subordinades/marginades). De la mateixa manera que la *sickness* de Young ens porta a situar l'anàlisi de l'aflicció en com aquesta és interpretada socialment a partir de les possibilitats existents -adherència al model mèdic hegemònic i medicació psicofarmacològica, resistència o alternatives al model o formes híbrides-, parlar de masculinitat és situar el debat en les diferents maneres de ser home en un context concret, les jerarquies internes i externes existents entre aquestes i les conseqüències que té aquesta configuració per al subjecte. Emulant la *sickness* de Young en el camp de la salut-malaltia, però portant-ho al camp del gènere, allò que pretenem és separar analíticament les normes de gènere (representades pels models hegemònics) de la identitat de gènere. La proposta és distingir la dimensió que té a veure amb la identitat de gènere (com diu Butler, no hi ha identitat sense identitat de gènere),i si es vol amb la dimensió *psi* del gènere, de l'estructura normativa, representada pels models hegemònics i la matriu heterosexual, és a dir, la dimensió social.

Aquesta proposta analítica serviria per superar la confusió que ha provocat usar el mateix terme "gènere" per referir-nos al conjunt de normes (nocions culturals en base al sexe de naixement), d'una banda, i per referir-nos a una construcció identitària (com em defineixo i em nombro jo mateix/a), de l'altra. Si parlo de gènere masculí, m'estic referint a una identitat viscuda i sentida o al conjunt de normes heterosexistes que han condicionat el meu aprenentatge del gènere? O dit d'altra manera, separant aquestes dues dimensions, ens podem preguntar què queda de la identitat masculina sense models normatius? És, com diu Foucault (1982), la demanda d'identitat (de gènere) simplement una ficció reguladora i per tant no podem parlar d'identitat sense norma social? Malgrat està clar que les dues dimensions (psico-social) es retroalimenten, no és el mateix parlar d'identitat masculina que de masculinitat hegemònica, la primera posarà l'èmfasi en una dimensió individual, si es vol, com a receptora de les normes socials, i la segona, en aquella dimensió estructural i sociocultural. De la mateixa manera, podem considerar que la identitat de gènere es produeix performativament i és producte de pràctiques reguladores que busquen la coherència de gènere (entre sexe, gènere i desig). Como diria Nietzsche: "no hay ningún ser detrás del hacer, del actuar, del devenir; 'el agente' ha sido fictíciamente añadido al hacer, el hacer es todo" (com cita Butler, 2007, p.84-85). Reprendrem la idea del gènere performatiu més endavant, en aquest capítol, quan parlem del *fer gènere*. El que ens interessa destacar aquí és el debat que hi ha dins dels moviments i estudis feministes per veure com evitar que la desessencialització del gènere impliqui la desintegració del subject polític, o si més no, de la seva capacitat d'articular-se políticament i col·lectivament. Un debat que quan parlem de

subjecte masculí es mou en uns altres termes, però que necessita d'un cert coneixement previ sobre les diferents aproximacions que s'han fet des d'aquí, per veure després com s'aplica i es particularitza en aquest àmbit.

La nostra premissa és que passa el mateix en la relació entre *sickness* i *illness*. La dimensió sociocultural (*sickness*) és la que dota de significat (biomèdic, religiós, místic, energètic, etc.) el malestar i regula la manera en què els individus l'expressen (*illness*). De la mateixa manera, no podem parlar d'un patiment preexistent a allò cultural, el patiment mental en aquest cas és també performatiu en funció de la idea social que es té del patiment. I en la *sickness* és on es produeix una lluita per l'hegemonia del relat etiològic i terapèutic d'allò patològic, a partir del qual s'intenta establir una cadena simbòlica entre *disease-illness-sickness*. Tal i com passa en la *cadena simbòlica sexegenèrica*. Però en realitat, el que apunten és que sense l'efecte substantiu del trastorn mental (o les diferents etiquetes diagnòstiques) construït en la *sickness*, no tindria perquè existir una unitat de coherència entre les tres dimensions.

L'esquema següent il·lustra la proposta teòrica i els paral·lelismes entre les dues corrents o línies de pensament que ens serviran per situar-nos a nivell epistemològic entre l'antropologia feminista (que inclou una part important dels *men's studies*) i l'antropologia mèdica:

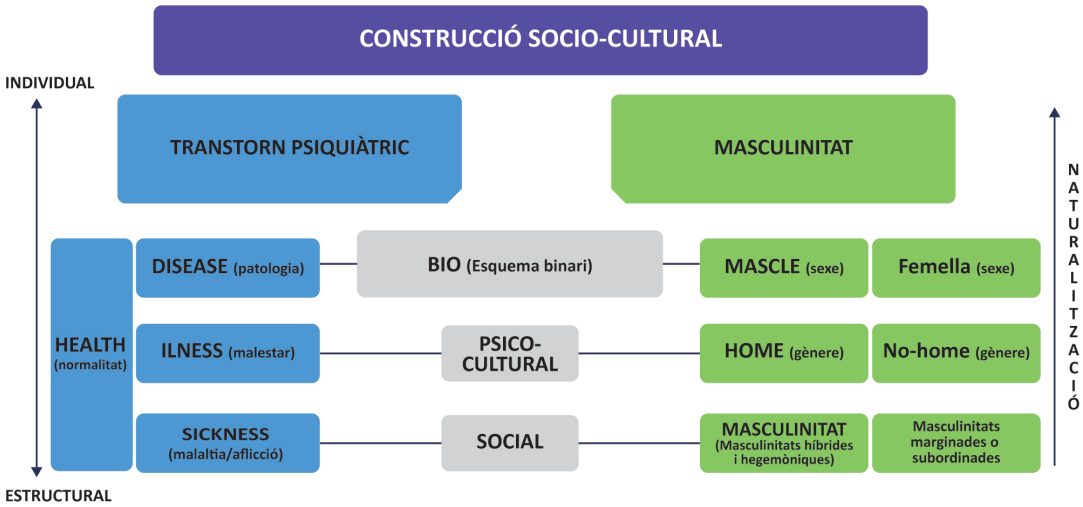



*Figura 1. Paral·lelismes entre el sistema sexe-gènere i la naturalització del patiment. Elaboració pròpia.*

Amb aquest esquema no es pretén uniformitzar els dos processos sinó més aviat trobar els elements en comú o paral·lelismes, els quals seran molt útils per a la nostra etnografia, i que, en definitiva, tenen a veure amb els binomis fundacionals de la modernitat o la construcció del saber modern; cultura/naturalesa, home/dona etc. En aquest sentit, ens interessa destacar com la naturalització del gènere i el patiment són processos de legitimació epistemològica, a partir dels quals es pretén construir un relat omniscient dels dos fenòmens i controlar-ne la capacitat de produir discurs científic. En la direcció contrària, pretenem estudiar les subjectivitats *masculinitzades* i psiquiatritzades (i no és casual la utilització d'aquesta nomenclatura per posar el pes de l'anàlisi en la dimensió social construïda i no en la identitat naturalitzada o subjectivada), com a intersecció on es condensen aquestes relacions entre estructura-individu i on l'explicació biològica no seria preexistent, sinó un derivat de la dimensió sociocultural.

## 1.3 | Masculinitat hegemònica: continuïtats i discontinuïtats

Fa molt poc que l'home i la masculinitat ha esdevingut objecte d'estudi, no és fins fa poques dècades que aquest passa de ser el representant de la humanitat o subjecte abstracte -que deia Butler (2007)- a convertir-se en subjecte productor i portador de gènere (Gutmann, 1998). Aquest gir no s'hauria donat sense els moviments feministes, l'emergència d'estudis de gènere i la seva articulació amb diferents disciplines del coneixement, els quals participen del que s'ha mal anomenat "la crisi de la masculinitat". Diem mal anomenada perquè el que entra en crisi, no és la masculinitat, ni el seu poder o els privilegis que se'n deriven, el que és qüestionat és una determinada forma o formes masculines que van en detriment de les dones, la infància i els propis homes (Burin, 2000). Enrique Gil Calvo (1997) ens deia que aquesta suposada "crisi" no la podem entendre -tal i com van fer moviments de resistència atriarcal com els Men's Right- com una crisi degenerativa o com si assistíssim al "irreversible crepúsculo de la masculinidad" (1997:19), l'hem d'entendre, en tot cas, com una crisi de transformació. I fins i tot caldria qüestionar i analitzar amb deteniment fins a quin punt podem parlar de crisi o de pèrdua de poder dels homes, i fins a quin punt només hi ha un qüestionament del model en termes expressius i comunicatius. Un debat que planejarà sobre tot el nostre treball.

Durant el segle XX, podem destacar, segons Connell (1981, 2003), tres corrents principals que han estudiat les formes de masculinitat. En primer lloc, la psicologia social i altres disciplines com la sociologia o la filosofia s'han centrat en els **rols sexuals** (més endavant de gènere) i la socialització o l'aprenentatge dels mateixos. En segon lloc, la **psicoanàlisi** ha estat una de les disciplines que més ha produït teòricament entorn aquest tema, abordant la qüestió tant des de l'inconscient-podem parlar d'una corrent més centrada en la dimensió de la relació objectual, representada per Melanie Klein-, com d'una corrent representada per Jacques Lacan, que l'estudia com a llenguatge. Per últim, les **ciències socials**, i concretament l'antropologia, seran una altra de les fonts principals de reflexió i pensament entorn a la qüestió. I és en aquesta última on més còmode ens sento per realitzar aquest estudi, sense renunciar per això a les possibilitats que planteja el diàleg entre els diferents apropaments. Tot seguit analitzem breument la primera i la tercera d'aquestes corrents, hem escollit aquestes dues perquè són les que més ens serveixen per situar el nostre estudi, deixant fora del nostre estat de la qüestió la síntesi de les aportacions psicoanalítiques al camp de la masculinitat. Una empresa ambiciosa que escapa de les possibilitats d'aquest capítol, sobretot si tenim en compte la seva poca aplicabilitat a l'hora de desenvolupar l'anàlisi de les dades i l'etnografia que presentem aquí.

### 1.3.1. La *Sex role theory*

Per situar el concepte de Masculinitat Hegemònica és important mencionar alguns dels precedents teòrics que ens serviran també per dotar de context la proposta teòrica que més tard farà Connell. Un dels precedents principals és el que es va conèixer com a *sex role theory*.

D'entrada és complicat trobar literatura científica sobre la masculinitat com a classe diferenciada de l'espècie humana abans de finals dels 60 (Baigorri, 1995). És a partir dels anys 60, amb algun escàs precedent anterior, quan comencen a aparèixer treballs en dos sentits. En primer lloc, són treballs que se centren en l'estudi del canvi d'actituds dels homes en relació directa amb els canvis que s'estaven produint en el lloc social de les dones gràcies als moviments feministes. La dificultat en aquest primer cas, que de fet arrosseguem encara, té a veure, tot i que amb menor mesura, amb la manca de dades que permetin mesurar aquest canvi. Només als Estats Units tenen dades sistematitzades sobre aquestes actituds i pràctiques des dels anys

60. A Espanya només trobem un estudi en aquest sentit[10], segons Baigorri (1995). En segon lloc, hi trobem la teoria dels *rols sexuals* en la qual ens volem centrar en aquest capítol.

Durant els primers anys 50 i des d'un altre prisma diferent, serà Talcott Parsons qui formularà per primera vegada la *sex role theory*, posant l'èmfasi en la socialització i l'aprenentatge del gènere. El sociòleg nord-americà subratlla la noció estructural en l'anàlisi de gènere com a forma de diferenciació i no de relació, posant al centre la idea de complementarietat i no de poder. Cal tenir en compte que durant l'inici de la segona meitat del segle XX els estudis relatius al gènere se centraven en la família i la dona, ignorant la relació amb els homes i les estructures socials més àmplies (Carrigan, Connell i Lee, 1985).

Com dèiem, abans dels anys 60-70 i l'eclosió d'aquesta segona onada feminista (d'àmbit social i teòric), els estudis sobre masculinitats des d'una vessant sociològica o antropològica van ser quasi inexistent. Podem referenciar només alguns estudis, com els *The Gang* (1927) o *Whyte's Street Corner Society* (1943), els quals parlen dels rols sexuals. Durant els anys 50 van aparèixer alguns estudis sobre l'absència paterna, especialment dirigits a estudiar famílies negres i pobres. Una de les autores destacades va ser Ruth Hartley (1959), la qual situava el problema no en la socialització masculina sinó en l'emancipació femenina i els efectes d'aquesta en l'àmbit familiar i de cures. Apareixen durant aquella mateixa dècada altres sociòlegs, com David Riesman (1953) o Helen Hacker (1957), que comencen a posar el focus en el conflicte intern dins de la pròpia masculinitat, relacionat amb la pressió que tenien els homes en el camp de la sexualitat (heterosexual) i la pressió que tenien els homes per satisfer les dones, argument que donava resposta a l'increment de la impotència entre els homes, segons Hacker. La mateixa autora introduïa l'homosexualitat com a component important perquè l'heterosexualitat funcionés com a element central del rol masculí i reconeixia la relació de poder entre homes i dones (1957).

Uns anys més tard, l'autor Karl Bednarik publicarà *The Male in Crisis* (1970) suggerint que l'alienació, la burocràcia política, la guerra i la comercialització de la sexualitat estaven provocant el debilitament i la crisi de la masculinitat, una noció que ens acompanyarà fins als nostres dies en forma de resistència als canvis relatius a l'ideal de masculinitat i a les

[10] *Inner, Los hombres españoles*, Ministerio de Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer, Madrid, 1988.

pràctiques masculines (o masculinitzades). L'autor, posa sobre la taula la contradicció entre la imatge predominant de la masculinitat i les condicions reals de vida dels homes. En aquest sentit, Patricia Sexton en el seu llibre *The Feminized Male* (1969) proposa una exaltació de la masculinitat dels nois de classe treballadora enfront d'una feminització de la masculinitat per part dels moviments contra-culturals de l'època (comunistes, hippies, etc.).

Malgrat algunes d'aquestes idees o anàlisis són encara insuficients, el que ens interessa destacar en aquest punt és l'aparició d'una certa discussió intel·lectual, amb un cert nivell d'elaboració -malgrat que encara organitzada de manera erràtica- sobre masculinitats. La qual cal entendre com a resposta a l'impacte de les reivindicacions i producció teòrica feminista:

> "Las mujeres han ocupado un lugar como pioneras en la investigación sobre los hombres y lo masculino desde una perspectiva antisexista. Incluso en Estados Unidos, donde existe una extensa producción sobre el tema realizada por hombres, ésta no se efectuó sino después de la acumulación de una abundante elaboración académica feminista, de la consolidación de los Women's Studies en numerosas universidades norteamericanas" ... "Las teorías feministas han tenido una importancia muy grande para el surgimiento y desarrollo de los estudios sobre hombres y masculinidades" ... "Han permitido repensar y redefinir la masculinidad, volver visibles a los varones como actores dotados de género, y propiciar el surgimiento de nuevos movimientos sociales en torno a estas reflexiones". (Viveros, 2008, p.38)

I és a partir d'aquí, que durant els anys 70-80, comença a generar-se i obrir-se un camp teòric pràcticament verge de producció teòrica entorn a les masculinitats i el "rol sexual masculí". Estats Units és on apareixen les primeres publicacions en aquest sentit, com l'obra de Grady, Brannon i Pleck (1979) o de Patricia Sexton (1969), la qual parla de "male role", "masculine value system", o "traditional masculinity". Aquestes obres comencen a veure la masculinitat com a negativa en dos sentits. D'una banda, com a negativa en termes d'opressió cap a les dones, cap a la destrucció del medi ambient o amb efectes mundials, com la guerra del Vietnam. De l'altra, incorporen el "male dilema" i la incomoditat que genera la masculinitat per als propis homes. Aquests inicis de problematització de la masculinitat, resposta a les reivindicacions feministes, permeten començar a esquerdar la idea històrica d'home com a "terme neutre de la humanitat" (Segarra i Carabí, 2000, p.8), per inaugurar el camí dels

*Men's Studies* i la comprensió de la masculinitat com a constructe cultural al servei de les relacions de dominació patriarcal. De totes maneres, és important mencionar que aquest procés és contemporani (anys 70) a la inauguració, per part de l'Associació Americana de Psicologia (APA), dels tests sobre la construcció de la masculinitat i la feminitat (Pleck, 1981), els quals inauguren una tendència en els estudis sobre masculinitats a *psicologitzar* la crítica feminista, en detriment d'una lectura centrada en analitzar la relació d'opressió home-dona i la relació de competitivitat entre home-home.

Herb Goldberg publica un llibre titulat *The Hazards of Being Male* (1976) i subtitulat *Surviving the Myth of Male Privilege*, el qual il·lustra una incipient tendència cap a la centralitat teòrica de l'opressió entre els propis homes i la necessitat que ells s'alliberin. Per tant, ens situem en un moment històric on apareix un nou gènere teòric sobre la masculinitat, prou extens per establir un debat i que va més enllà d'algunes publicacions teòriques puntuals, com havia estat fins al moment. Els temes principals que apareixen en aquests estudis són quatre: aspectes nocius de la masculinitat i homes incomodes davant d'aquesta; homes que necessiten alliberar-se; com la masculinitat s'incorpora (s'aprèn) -i per tant es pot reformar, i per últim, els canvis o transformacions de la masculinitat (Carrigan, Connell i Lee, 1985). Joseph Pleck, l'any 1979 amb *The Myth of Masculinity,* proposa una reforma a la teoria del rol sexual masculí, la qual posa l'èmfasi en les expectatives socials. L'autor critica la indeterminació de la teoria dels rols sexuals i proposa elaborar una connexió entre la jerarquia entre els homes i la subordinació de les dones, i relaciona el poder dels homes amb la divisió sexual del treball.

El context ha canviat als Estats Units, els anys 70 són els anys del moviment feminista, del moviment contra la guerra al Vietnam, del moviment LGTB i comencen a proliferar els primers moviments d'homes contra el sexisme (com per exemple *For Men Against Sexism*, creat per Jon Snodgrass). Aquests moviments també comencen a aparèixer de manera molt residual a l'Amèrica Llatina i Espanya. Tot moviment de transformació acostuma a ser rebatut per alguna resistència individual o col·lectiva i això ho podem veure actualment a partir de les respostes *masculinistes* davant la quarta onada feminista (*manosphere, alt-righ, MGTOW*, entre d'altres[11]). En aquest cas, apareixen els moviments coneguts com els

[11] El llibre d'Angela Nagle, Muerte a los normies (2017), descriu aquest conjunt de moviments *masculinistes*

"men's rights que parlen d'alliberament masculí contra les dones, o millor dit, contra els feminismes.

#### 1.3.1.1. *Doing gender*

De la crítica a la *roles sex theory* per la seva incapacitat de comprendre fenòmens dinàmics a partir d'esquemes estàtics, sorgeix una corrent teòrica que conceptualitza el gènere i la seva reproducció a partir de les pràctiques i de la interacció quotidiana. Per entendre aquesta nova corrent cal situar dos textos d'Erving Goffman; *The arrangement between the sexes* (1977) i *Gender advertisements* (1987). Els quals són menys coneguts que altres escrits del sociòleg, però que són clau per entendre la idea *de performance de gènere* o *dimensió performativa del gènere* que després reprendran autores com Candance West, Donald Zimmerman (1987) o Judith Butler (1987*).*

L'interaccionisme simbòlic i Goffman (2001), en particular, consideren que no hi ha identitat prèvia a la interacció social i que per tant, en termes de gènere la masculinitat i la feminitat són resultat de la teatralització o repetició paròdica (Butler parla de *performance*, mentre Goffman parla de *màscares*) de les normes *sexegenèriques* (Nolasco, 2018). Tot i que Goffman difereix de Butler en moment històric i en la noció de sexe (el primer sí l'entén com una entitat biològica i natural), ambdues entenen el gènere com a dispositiu (*display*) que es produeix en la interacció i que per tant necessita de la implicació dels individus. Per tant, el gènere no tindria tant a veure amb el *ser* o el *tenir*, sinó més aviat amb el *fer. No tinc un gènere, no sóc un gènere, sinó que faig gènere diàriament i quotidianament*: "We have claimed that a person's gender is not simply an aspect of what one is, but, more fundamentally, it is something that one does, and does recurrently, in interaction with others" (West i Zimmerman, 1987, p.140)**.**

Segons West i Zimmerman (1987), que reprenen aquest mateix plantejament teòric a partir de la idea del *doing gender*, *fer gènere* és inevitable. Ara bé, cada persona pot decidir fer gènere "com toca" o no, tenint en compte que això té conseqüències en la interacció. Per tant, cal que rendim comptes constantment (*accountability*) sobre el nostre gènere en el camp de

organitzats a través d'internet i amb vincles amb l'extrema dreta que tenen com a principal motivació l'anti-feminisme, com a resposta a l'opressió que senten com a homes que no encaixen dins dels models o que són perseguits pel que anomenen "ideología de género".

la interacció i les relacions, tant si és per legitimar-lo com per desmentir-lo. Aquesta idea serà fonamental per entendre, en el nostre cas, la masculinitat com a conjunt de pràctiques, idea sobre la qual versarà tota l'etnografia. I és que el *doing gende*r (*fent gènere*) és, com dèiem, un dels precursors dels paradigmes tant influents actualment com la teoria performativa de Butler (2007), la qual s'ha anomenat tercera onada del feminisme, i també és fonamental per entendre l'estudi de les masculinitats que es generaran posteriorment. Això ens situa en un marc conceptual que entén el gènere com un dispositiu que produeix –i sobretot reprodueix- la dominació a partir de la seva naturalització en el camp de la interacció quotidiana: mitjançant pràctiques individuals i institucionals (West i Fenstermaker, 1995). Des d'una línia semblant, o que creiem que planteja algunes premisses comunes, Kaufman parla de "gender work" (1997, p.69), per referir-se a la interiorització del gènere, però anant més enllà i conceptualitzant aquest com a procés actiu, on els membres hi participen en la seva reproducció.

L'article de West i Candance (1987), van diferenciar també tres categories que definirien la identitat sexual (i/o de gènere) de les persones, posant l'èmfasi en la dimensió relacional i interactiva d'aquesta construcció. Van diferenciar sexe (*sex*), categorització del sexe (*sex categotization*) i gènere (*gender*). En aquest cas, la novetat respecte al sistema sexe-gènere de Rubin és la *sex categotization*, la qual respondria a com es categoritzada externament la persona i al sexe que li és assignat des de fora. Anys més tard, Messerschmidt (2008) i les mateixes autores (2009) reconeixen la poca repercussió posterior de la *sex categoritzation*, perquè és sempre equivalent al gènere. En un context cultural binarista, com el nostre, es produeixen incongruències entre el gènere assignat socialment, el gènere sentit (o la identitat de gènere) i el sexe, però més aviat parlarem d'*expressió de gènere* per referir-nos a com el gènere es fa a partir de la interacció quotidiana (maneres d'expressar-se, de vestir, d'interactuar i de relacionar-se socialment, en definitiva). Expressió de gènere que pot ser normativa o no, en funció de si es correspon o no amb l'esquema binari i amb la norma de gènere. Més endavant, com ja hem esmentat en apartats anteriors, autores com Butler (2007) qüestionen el caràcter invariable, com s'ha tendit a presentar, del sexe i posen sobre la taula que "quizás esta construcción denominada 'sexo' esté tan culturalment construida como el género; de hecho, quizá siempre fue género, con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal" (p.55). No entrarem en aprofundir aquí en les discussions terminològiques i conceptuals sobre aquestes categories, però sí que ens agradaria recuperar dues idees importants d'aquesta discussió, que serà fonamental pel desenvolupament de l'etnografia.

En primer lloc, el paradigma de *doing gender*, malgrat que ha necessitat dels matisos i crítiques posteriors, planteja un gir molt interessant que té a veure amb treure el focus de la socialització i la dimensió psicològica i portar-lo a l'àmbit de la interacció (Deutsch, 2007). I per tant, més enllà de descartar algunes de les seves propostes, com ara bé la *categorització del sexe*, ens permet posar al centre la *accountability*, o aquest *rendir comptes*, que és inevitable (sempre som llegits i llegides en clau de gènere i aquesta lectura dependrà del context), però alhora també és modificable. I és aquí on apareix una segona dimensió que ens interessa. Si el gènere es pot fer, també es pot desfer, i és el que plantegen teòriques com Deutsch quan parla de "Undoing Gender". Segons l'autora, des de 2005 la majoria d'estudis se centren en com és perpetuat i preservat el sistema de gènere, però molt pocs estudis parlen de com es resisteix al gènere o a les normes de gènere. En el nostre cas, allò que ens interessa analitzar és com es fa o es desfà la masculinitat hegemònica en el nostre context etnogràfic, i això voldrà dir entendre quines pràctiques són contra-hegemòniques i per tant, de resistència i quines legitimen l'ordre establert. Tornant a la idea del gènere com a conjunt de pràctiques i com a *performance*, Turner (1974) ja apuntava aquesta doble funció de la mateixa; pot servir per mantenir l'ordre establert, però també por ajudar a subvertir-lo. Si el gènere és, bàsicament, un conjunt de pràctiques performatives i reiterades, vol dir que aquestes es poden modificar i que aquest paradigma ens serveix, no només per entendre la perpetuació d'una determinada manera de fer d'home o de fer de dona en un context cultural concret, sinó que també ens serveix per analitzar aquelles pràctiques que posen en qüestió l'ordre establert (la masculinitat) i que provoquen la seva transformació.

Segurament, una de les majors aportacions de la corrent teòrica del *doing gender* és que permet vincular el gènere performatiu i les pràctiques que el sustenten a l'ordre jeràrquic entre homes i dones, i entre els propis homes. Mentre la teoria dels rols sexuals, influenciada pels plantejaments funcionalistes, situava un escenari o un paradigma basat en la complementarietat i la necessitat mútua, aquest nou plantejament posa al centre les pràctiques culturals masculines, com a mecanisme per adquirir l'estatus d'home. I és a partir d'aconseguir aquest reconeixement que es podrà formar part del grup de gènere dominant (Schrock i Schwalbe, 2009), amb els beneficis i privilegis que això comporta. En aquests *manhood acts* s'inclou el cos masculí com a requisit per adquirir aquest rol social.

Per tant, aquests actes d'homenia estan directament relacionats amb la reproducció de les desigualtats i les relacions de poder. Aquest esquema, com explicarem en el proper capítol,

serveix per ubicar les pràctiques de gènere en el camp de la salut i concretament en el camp de la salut mental. Però el més rellevant de veure el gènere en gerundi del verb fer és posar al centre de l'anàlisi les pràctiques que construeixen i reprodueixen el sistema de gènere sense renunciar a analitzar aquelles que el poden posar en qüestió. En algun moment cal trencar l'explicació tautològica, segons la qual, la masculinitat s'explica a partir pràctiques i comportaments i aquestes s'expliquen com a conseqüència de la masculinitat. Cal posar al servei de la transformació aquesta anàlisi de les pràctiques masculines per esquerdar aquest cercle viciós que (re)produeix una masculinitat teatral de manera quotidiana i en forma de *sentit comú*. I és que aquest sentit comú és una de les matèries primeres de l'antropologia, i en aquest cas, d'un apropament antropològic a les masculinitats i al patiment psíquic. És el món del sentit comú on, segons Bourdieu (2008), es troben el sentit pràctic i el sentit de l'objectivat que legitima l'estructura social, "cuya evidencia inmediata se suplica por la objetividad que asegura el consenso sobre el sentido de las prácticas y del mundo, es decir la armonización de la experiencias y el continuo refuerzo que cada una de ellas recibe de la expresión individual o colectiva, improvisada o programada, de experiencias semejantes o idénticas" (p.94).

### 1.3.2 Masculinitats, ciències socials i antropologia

L'antropologia i les ciències socials mai han estat exemptes d'un punt de partida masclista i androcèntric. Malinowski, un dels fundadors de la disciplina antropològica, la definia com *l'estudi de l'home que abraça a la dona*[12] (Moore, 1991, p.1). En les etnografies clàssiques les dones eren estudiades com a esposes o mares exclusivament (Ortner i Whitehead, 1981). Com va passar amb moltes de les ciències socials, va ser a partir del anys 60-70 que comencen a haparèixer dones etnògrafes que denuncien el *male bias* conjuntament amb l'eurocentrisme. Sorgeix llavors la primera onada d'antropologia feminista que fa etnografia des de la mirada de les dones. Malgrat, com diuen Cornwall i Lindisfarne (2005), són uns primers plantejaments amb una idea d'home i dona molt essencialistes, cal situar la importància cabdal d'aquest gir epistemològic en totes les ciències socials, acompanyat d'un procés de denúncia del masclisme inherent dins la ciència i el coneixement acadèmic. Val a dir, que en moltes ocasions s'explica l'antropologia feminista com quelcom que inicia durant la segona meitat del segle XX, oblidant o invisibilitzant antropòlogues com Ruth Benedict

[12]Traducció pròpia.

o Margared Mead, les quals, tal i com explica Tarducci (2015), van ser anteriors al que s'acostuma a situar com el "pare fundador" de l'Antropologia nord-americana. Tot i això és durant els anys 60 i sobretot 70 que més creix l'antropologia feminista feta per dones i sobre dones, títols com *Women in the field* (Golde, 1970), *Women, Culture and Society (*Rosaldo i Lamphere, 1974) o *Toward an Anthropology of Women* (Reiter, 1975) són exemples d'això. Pel que fa als estudis antropològics específics sobre masculinitat com a construcció cultural, són escassos i tardans. Tal i com hem vist, altres disciplines com la sowciologia o la psicologia estudien de manera més productiva què vol dir ser home, però poques obres des de la mirada antropològica. Ens hem d'esperar, segurament fins *Manhood in the Making* (1990) per llegir un dels primers estudis sistemàtics i transculturals sobre la masculinitat. Una obra molt presumptuosa que pretén trobar o explicar la *manliness* com quelcom unitari. Per Gilmore, autor de corrent positivista, tant la masculinitat com els homes són quelcom "real". Ell focalitza el seu estudi en versions de la masculinitat hegemònica, acceptant tàcitament les mistificacions que converteixen la masculinitat en quelcom genèric, ubic, i fins i tot universal, acceptant també que els homes existeixen com una categoria natural, no mediatitzada.

Gilmore parteix d'una visió funcionalista de la virilitat on els homes compleixen l'escomesa d'embarassar les dones, protegir els que depenen d'ells i mantenir els familiars (Gilmore, 1994). Segons el seu estudi, diferents cultures d'arreu del món (des dels *mehianaki* de Brasil, fins als *sambia* de Nova Guinea) demanen que els homes actuïn com a *homes de veritat*, adoptant una "doctrina viril del logro, que es una 'virilidad bajo presión'" (Gilmore, 1994: p.215). Es tractaria, per tant, d'una virilitat que insta els homes a lluitar en condicions adverses i precàries per sobreviure a l'escassetat de recursos i que es fomentada per contrarestar l'impuls universal de fugir davant del perill. Per tant, com més escassetat, més virilitat. Es tracta d'un codi de conducta que promou la cultura local per impulsar la supervivència de la col·lectivitat. I tot allò que, segons l'autor, surt de la seva unitària visió de masculinitat (exemples que posa el mateix autor, com els Tahití i els Semai), ho considera com quelcom excepcional o anormal, i que per tant confirma la seva hipòtesis.

En un major nivell de complexitat, i a partir d'un estudi que compara cent-cinquanta societats investigades etnogràficament, l'antropòloga feminista Peggy Reeves Sanday (1981) parteix d'una explicació semblant a la de Gilmore per sostenir una relació explicativa entre medi ambient i masculinitat. Segons aquesta autora quan les condicions ambientals són adverses el domini masculí augmenta. Segons Meler (2000), el problema

de Gilmore és que oblida la conflictivitat entre sectors socials dins d'una societat i la tracta com un tot homogeni. I aquí hi trobem la dominació d'homes cap a dones, en la manca d'anàlisi d'allò aparentment comú, neutral o de sentit comú en un context determinat. Una tesi anterior i totalment oposada a la de Gilmore és la de Godelier (1986), el qual va realitzar un estudi antropològic sobre la tribu *baruya* de Papua Nova Guinea, basat en les formes de domini masculines prèvies i posteriors a la colonització (entre els que anomena els *Grands Homes* i la resta d'homes, d'una banda, i entre els homes i les dones, de l'altra),. Segons Godelier "(...)la división sexual del trabajo y los roles de género, lejos de constituir artilugios destinados a la supervivencia del grupo, son recursos para establecer las jerarquías sociales y la dominación masculina como el arreglo básico sobre el que ellas se sustentan" (Meler; 2000, p.105). I per tant, el domini, més que respondre a una funcionalitat, respondria a una sèrie de mecanismes, pràctiques intencionades i rituals, articulades a partir del control dels mitjans de producció, d'intercanvi i de destrucció per part dels homes (Godelier, 1986).

Una de les aportacions més importants d'antropòlogues i antropòlegs (Rubin, 1986; Moore, 1999; Rosaldo i Lamphere, 1974; Godelier, 1986, etc.) al camp de les masculinitats va ser la localització de formes de masculinitat no occidentals, que fins i tot establien reptes d'interpretació per al sistema sexe-gènere binari d'occident i obligaven a criticar les seves pretensions universalistes. L'existència de més de dos gèneres permesos i acceptats culturalment és un exemple del qüestionament que permet l'antropologia respecte el model epistemològic occidental. Com diu Marta Viveros (2002), quan les ciències socials es pregunten sobre la masculinitat l'estan situant en el lloc d'alteritat, l'antropologia permet descentrar la masculinitat occidental a partir de conèixer altres models, els quals, a diferència de les tesis de Gilmore (1994), confirmarien la varietat de models d'organitzar el gènere socialment, tot i compartir en molts casos dinàmiques de dominació i desigualtat cada vegada més globalitzades. En altres paraules, aquests estudis antropològics obren la porta a entendre que existeixen diferents formes de masculinitat perquè existeixen diferents contextos d'organització social, cultural i política, fins i tot en un mateix espai. Però aquestes diferents formes també depenen de les diferents formes d'apropiació dels codis culturals per part dels individus. El que caldrà resoldre, i aquí és on entra la proposa de Connell (1987, 1995) sobre la *Masculinitat Hegemònica (MH)* que analitzarem en el proper punt, és quina relació s'estableix entre aquestes diferents masculinitats.

Altres tensions o debats que apareixen en el camp de l'estudi de les masculinitats, segons Faur (2004) són els següents:

- **Naturalesa-cultura**: Quatre posicions apareixen en aquest cas. En primer lloc, les corrents conservadores i espirituals o mito-poètiques consideren que existeix una essència masculina, profunda i immutable. La segona posició, qüestiona fins a quin punt els homes estan determinats per la biologia o indeterminats per la cultura. En tercer lloc, hi trobem la perspectiva feminista, segons la qual la masculinitat és un producte històric que excedeix els límits de la determinació biològica. En quart lloc, per Faur (2004): "la aproximación que supera esta tensión de un modo más profundo es la que, sin negar las determinaciones físicas o materiales, logra repensar aun la construcción simbólica de los cuerpos como expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres" (p.48).

- **Individual-relacional**: Segons Faur (2004) no hi ha construcció identitària independent de la simbolització de les relacions entre gèneres, sinó que la mateixa s'activa en una trama de pràctiques socials.

- **Elecció individual o construcció social de les identitats**: L'autora es pregunta com es construeixen les identitats de gènere en aquest sentit per afirmar que no existeix cap identitat que no respongui a ambdues; decisions personals i influència de l'ordre social.

Per últim, l'antropologia, junt amb altres ciències socials, possibiliten el gir postmodern que qüestiona l'objectivitat de la ciència i que la transforma en perspectiva. Aquest principi parteix de la idea que els enunciats sempre són fets per individus i grups, i per tant, parteixen d'una determinada identitat social amb interès material i un posicionament concret en una societat estratificada. Aquest gir, que explicarà gran part de la producció actual en el camp del gènere i l'antropologia, aporta complexitat a un intent, per part de la teoria social, d'explicar les relacions de poder (entre d'altres temes) de manera objectiva i distant. Però entre el relativisme postmodern i els posicionaments del feminisme primerenc sobre la dominació masculina hi un ventall de possibilitats ampli, on l'antropologia contemporània prova de trobar un posicionament teòric suficientment sòlid per moure's entre aquests dos pols. En aquests sentit, Cornwall i Lindisfarne (2017), plantegen tres reptes de futur per l'antropologia de les masculinitats (aplicable als estudis de gènere i quasi al conjunt de les ciències socials). En primer lloc, cal acceptar el repte postmodern que implica renunciar a

l'objectivitat. Es segon lloc, acceptar i fer visible el mètode antropològic per excel·lència: l'observació participant. En tercer i últim lloc, les autores, diuen que cal preguntar-nos *qui ens escolta (o ens llegeix) i per què?*

Quant a la masculinitat com a categoria analítica, Gutmann (1998) menciona quatre entrades conceptuals o elements que la conformen: La primera, la *identitat masculina*, que fa referència a qualsevol cosa que els homes pensin o facin. En segon lloc, l'*homenía*, que és tot allò que els homes pensen i fan per ser o demostrar que són homes. En tercer lloc, la *virilitat*, que suggereix d'una jerarquia entre homes en base a l'adscripció o no a la masculinitat hegemònica o ideal cultural dins del context en qüestió. Per últim, els *rols masculins,* que, com hem vist anteriorment, se centren en analitzar les relacions entre allò masculí i allò femení, delimitant la masculinitat a partir de qualsevol cosa que no correspongui socialment a les dones.

### 1.3.3. Masculinitat Hegemònica: definició, tipologies i nivells

Per primera vegada, són Carrigan, Connel i Lee (1985) qui proposen el terme de *Masculinitat Hegemònica* (MH) i qui reflexionen sobre el procés de "modernització" d'aquesta. Segons aquests autors, els *men's moviments* troben la manera de seguir sent el grup dominant, adaptant-se a les noves circumstàncies sense trencar les estructures socials ni perdre poder, es necessita per tant un apropament teòric que contempli la dimensió canviant, adaptativa i flexible del poder.

La MH és la proposta que comença a emergir com a conseqüència de crítiques que fan Carrigan, Connel i Lee (1985) a la teoria dels *rols sexuals* (com també Kimmel, 1987 o Pleck, 1981, entre d'altres). Consideren que aquesta teoria, tot i reconèixer la socialització de gènere, no distingeix les expectatives de gènere del que realment la gent fa. Parlen també del conflicte inherent al rol sexual: estàndard (MH) que no es pot aconseguir en contraposició a la pressió social que hi ha per intentar-ho. Una altra crítica que fan a la teoria dels rols sexuals és la seva dimensió estàtica, la qual no reconeix el canvi social. Afegeixen també, que no permet explicar la subordinació de les dones en termes de divisió sexual del treball ni parlar de les relacions de poder que s'estableixen entre homes i dones. Tampoc contempla els moviments de resistència d'alguns homes (Carrigan, Connel i Lee, 1985). Per als autors, els rols sexuals segons la *sex role theory* es presenten com a dos compartiments

estancs sense relació (de dominació). I la teoria no permet la connexió entre violència cap a les dones i violència entre homes (posen com a exemple la relació d'opressió d'homes heterosexuals cap a homes gais).

En la revisió que presenten en l'article *Toward a New Sociology of Masculinity (1985)* introdueixen aspectes de l'organització social de la Masculinitat, que després desenvoluparà Connell (1987, 1995), com per exemple la divisió sexual del treball, estructures de poder i *cathexis* (elements relatius a les emocions i la sexualitat). Apareix també en aquest text la primera definició o relació d'elements a partir de la qual es construirà la definició de MH:

> "The ability to impose a particular definition on other kinds of masculinity is part of what we mean by *hegemony*. Hegemonic masculinity is far more complex than the accounts of essences in the masculinity books would suggest. It is not a *syndrome* of the kind produced when sexologists like Money reify human behavior into a *condition*, or when clinicians reify homosexuality into a pathology. It is, rather, a question of how particular groups of men inhabit positions of power and wealth, and how they legitimate and reproduce the social relationships that generate their dominance relations" (Carrigan, Connel i Lee, 1985, p.592).

En aquest mateix text apareixen altres idees, encara poc definides però que seran fonamentals per al futur de la disciplina que estudia la masculinitat com a producte d'una cultura. Les més destacades les podem resumir en quatre elements, els quals reforçarien la definició anterior:

1. **La masculinitat hegemònica és plural** (com planteja Guash, 2006, en un context més proper): Es pot donar en una família de classe alta i en una de classe baixa de formes diferents. (Carrigan, Connel i Lee, 1985, p.593).

2. **Depèn del context i del moment històric** (Guasch, 2006). Aquesta idea la desenvoluparà Connell més endavant (1995), quan dirà que un símbol només pot ser entès dins d'un sistema connectat de símbols. Ja no podem parlar de masculinitat sense parlar d'un sistema de relacions de gènere (Connell, 1997).

3. **No és una hegemonia automàtica ni perfecta**: La relació de dominació d'homes sobre dones o d'homes sobre altres homes es genera a partir d'una constant reconstitució de les relacions de gènere i de dominació. Però aquesta estratègia mai és cent per cent exitosa, per tant vol dir que no sempre es reprodueix (Carrigan, Connel i Lee, 1985). El que plantegen aquí els autors es pot interpretar com una porta oberta a la capacitat d'*agència* i de transformació per part dels actors i la possibilitat de posar en qüestió la reproducció social de l'ordre de dominació. Hegemonia no vol dir dominació cultural total sense alternatives, vol dir ascendència d'un model davant d'altres models (Connell, 1987).

4. **Adaptabilitat**: L'objectiu de la MH és "produce forms of masculinity able to adapt to new conditions, but sufficiently similar to the old ones to maintain the family, heterosexuality, capitalist work relations, and American national power (most of which are taken for granted in the Books About Men)" (Carrigan, Connel i Lee, 1985, p.599).

En les seves dues publicacions següents (1987 i 1995) Connell reafirma i concreta algunes de les idees principals que conformen la MH com a nucli conceptual de l'estudi sobre les masculinitats. Una d'aquestes idees fonamentals és la seva *dimensió relacional*, en tant que no existeix l'hegemonia si no és en relació amb la subordinació de les dones i altres homes o formes de masculinitat (Connell, 1987). Com ens diu Olavarría (2006), ambdós es necessiten per existir: "lo hegemónico y lo subordinado emergen en una interacción mutua, pero desigual. La masculinidad que no corresponde al referente es disminuida, subordinada, pero se necesitan una a otra en este sistema interdependiente" (p.123). Tal i com planteja Antonio Gramsci (2001), l'ideòleg de l'*egemonia*[13], l'ascendència social d'un grup respecte a un altre en el camp de les forces socials és un procés cultural que va més enllà de la imposició per la força. Tot i que no és incompatible amb l'ús de la força i la violència, acostuma a emprar altres estratègies que tenen a veure amb la cultura (mitjans de comunicació, educació, etc.). Laclau i Mouffe (1985) parlen d'antagonisme per referir-se a dos condicions imprescindibles per a l'articulació de l'hegemonia; la primera és la presència de forces antagòniques, la segona, és la inestabilitat de les fronteres que les separen: "Only the presence of a vast area of floating elements and the possibility of their articulation to

[13] Original en italià.

opposite camps – which implies a constant redefinition of the latter – is what constitutes the terrain permitting us to define a practice as hegemònic"(p.136).

Anys més tard Demetriou (2001) proposa dos termes que referir-se a dos processos o relacions jeràrquiques que conviuen dins del sí de l'hegemonia masculina de Connell; l'*hegemonia externa*, que té a veure amb la relació de dominació d'homes cap a dones, en termes no només de prestigi i estatus sinó també en el camp material. I l'*hegemonia interna*, que fa referència a les relacions de poder entre homes, la qual pot ser causa o mitjà de l'externa:

> "The relationships within genders are centred on, and can be explained by, the relationships between genders. In other words, the structural dominance of men over women provides the essential foundation on which forms of masculinity and femininity are differentiated and hierarchically ordered. Thus hegemonic masculinity and emphasized femininity, for example, are said to be distinct forms of gender practice and culturally exalted precisely because they guarantee the reproduction of the relationships between genders" (Demetriou, 2001, p.343)

Una altra idea important té a veure amb la reproducció. El gènere és "una forma d'ordenament de la pràctica social" i requereix d'un "escenari reproductiu" (Connell, 1995) previst d'institucions (entre elles l'estat) i persones que donin continuïtat a l'ordre de gènere a través de les seves accions. Aquesta idea es reafirma amb la proposta teòrica del *doing gender* (Candance i Zimmerman, 1987) que hem analitzat en el capítol anterior. Propostes que no per casualitat són contemporànies en el temps.

Aquesta reproducció, segons Connell (1995), la podem dividir en tres dimensions que conformen l'estructura de gènere. La primera són les *Relacions de poder* i de subordinació respecte a les dones i de dominació respecte als homes. Relació que persisteix tot i els moviments de resistència que articula el feminisme. En segon lloc, les *Relacions de producció*, dimensió que engloba les diferents conseqüències de la divisió *genèrica* del treball, l'acumulació de dividends per part dels homes i el repartiment desigual dels productes generats a partir de la força del treball. En tercer i últim lloc, la *Cathexis*, dimensió que inclou el desig sexual i tot allò que té a veure amb la sexualitat, una dimensió que fins fa poc s'havia deixat fora de la teoria social i l'antropologia, amb contades excepcions

durant els anys anteriors[14], però que cada vegada hi té més presència. Un dels elements que més ens interessa analitzar és com aquestes tres dimensions s'han transformat i es transformen. Modificacions o adaptacions que Connell plantejava com a desafiaments en cada una de les dimensions en el seu *Masculinities* (1995). D'això fa 25 anys i d'ençà d'aquell moment caldrà analitzar l'impacte d'aquestes transformacions (o permanències) en la realitat i l'anàlisi d'aquesta. L'autora feia referència al moviment d'emancipació de dones o moviments feministes i el seu impacte en la dimensió del poder, la incorporació (o més aviat reincorporació[15]) de les dones al treball productiu pel que fa la dimensió productiva, i les reivindicacions feministes i LGTB en el camp de la sexualitat.

*Tipus de masculinitat*

Col·locar la MH a dalt de tot de la piràmide situa les dones i altres tipus de masculinitats a la base de la mateixa. En aquest cas, ens referim a la base, com a idea metafòrica, en dos sentits: com a sosteniment de tot l'ordre de dominació, sense subordinació no hi ha hegemonia, però també com a subalternitat, està a sota en tant que és dominada. Una de les grans aportacions de Connell (1987, 1995) és la conceptualització dels tipus de masculinitats que Carrigan, Connel i Lee (1985) havien començat a dibuixar. Els autors parlen dels 4 tipus:

- *Hegemòniques:* En qualsevol temps i lloc s'exalta culturalment una forma de masculinitat respecte a la resta. Això no significa que les portadores més visibles de la masculinitat hegemònica siguin sempre les persones més poderoses però sí que és una estratègia acceptada socialment i que forma part de l'imaginari col·lectiu.

- *Subordinades:* Aquesta subordinació està representada en societats europees i americanes per l'home homosexual, associada, des del punt de vista de la MH, a la feminitat (Connell, 1997). Des dels anys 70 el moviment gai posa de manifest l'opressió existent entre homes i, especialment, aquella que exerceixen els homes heterosexuals als homes homosexuals (Altman, 1972).

[14]Gilbert Herd (1992) va estudiar les pràctiques que va anomenar d'homosexualitat ritual entre els *sambians* de Papua Nova Guinea o Godelier (1986) va investigar els tipus de relacions enter els *baruya* de Nova Guinea, per posar dos exemples. Veure Langarita, J.A. (2015) *En tu árbol o en el mío*. Ed. Bellaterra. Barcelona.

[15] En molts altres moments de la història les dones, aquestes havien assumit gran part del treball productiu i, sobretot, la reproducció invisibilitzada de la força de treball (Federici, 2010 i 2018).

- *Còmplices:* La majoria d'homes no practiquen rigorosament els patrons de la MH en la seva totalitat, seria esgotador. Això no vol dir que els que no ho facin o no ho facin constantment no es beneficien de l'hegemonia envers les dones. Connell (1995) parla de *dividend patriarcal* (honor, prestigi i dret a manar) per referir-se als beneficis pel fet de ser home o ser socialment llegit com a home.

- *Marginades:* Ja Carrigan, Connel i Lee (1985) introdueixen les variables de la classe o l'ètnia i l'impacte que tenen en la construcció de la masculinitat i la seva organització social. Sense parlar encara d'interseccionalitat, però amb un mateix objectiu, els autors apunten a una mirada que problematitzi el gènere a partir de la intersecció d'aquest amb d'altres línies d'opressió-privilegi. Els homes negres o *racialitzats* en un context de supremacia blanca o els homes pobres en un context capitalista representen aquestes masculinitats marginades. La marginació, en aquest cas, necessita o depèn de l'autorització de la MH i del grup dominant (Connell, 1995).

### 1.3.4. Crítiques al concepte de Masculinitat Hegemònica

Durant els anys 80-90 es multiplica l'ús del concepte de MH, tant pel que fa al nombre d'investigacions que es basen en aquesta idea com a punt de partida dels seus estudis, com pel que fa a la diversitat de temàtiques que es poden estudiar des d'aquest punt de vista. Podem parlar, per tant, d'un punt d'inflexió per a la teoria social en general, i per als estudis de gènere en particular. El seu ús dins del camp de les ciències socials és evident, però també apareix en camps com el de la Criminologia (Messerschmidt, 1993), estudis sobre la representació mediàtica (Jansen i Sabo 1994, Hanke 1992), etnografies que estudien l'esport professional (Messner, 1992, Messner i Sabo, 1990), l'àmbit militar (Barrett, 1996), l'àmbit terapèutic (Kupers, 1993), la prevenció de violències i programes d'educació emocional amb joves (Denborough, 1996; Salisbury i Jackson 1996), o l'àmbit polític i el diàleg amb els feminismes (Segal, 1990). També es multipliquen els estudis sobre masculinitats i salut (Sabo i Gordon, 1995; Gerschick i Miller, 1994) o els contextos centrats en la diversitat cultural (Valdés i Olavarría, 1998; Ishii-Kuntz, 2003). L'exponencial expansió del terme es produeix de manera paral·lela a l'aparició de crítiques i limitacions de la proposta conceptual de Connell. L'any 2005 la mateixa Connell, junt amb Messerschmidt, resumeix en 5 punts les principals crítiques plantejades al concepte d'ençà dels 20 anys de la seva proposta inicial:

**Elements subjacents a la idea de masculinitat**: Algunes autores i autors critiquen la indefinició del terme (Collinson i Hearn, 1994; Hearn, 1996, 2004), i la valoren com una proposta, estàtica, dicotòmica, heteronormativa i essencialitzadora (Petersen, 1998, 2003; Collier, 1998; MacInnes, 1998). Aquestes consideren que és una concepció que naturalitza el cos, negant la seva dimensió cultural i social a partir de donar per descomptat que la masculinitat l'encarna aquell que neix mascle biològicament i que, per tant, parlar de masculinitats o homes vol dir parlar d'una categoria unitària i homogènia de persones que comparteixen característiques biològiques. Per tant, tot i que el feminisme i el constructivisme social va permetre incorporar la distinció entre sexe i gènere, a l'hora d'estudiar la realitat es consideren homes aquells que són mascles, generant una categoria única (tal i com passa amb categories com dona, etc.). En aquest sentit i com a conseqüència d'aquesta crítica al concepte de masculinitat hegemònica (o millor dit, la forma com s'utilitza el mateix), comencen a aparèixer estudis sobre el cos masculí en el camp de les diversitats funcionals o *disablity studies* (Gerschick i Miller, 1994), la classe treballadora (Willis, 1988, Donaldson, 1991), la salut (Sabo i Gordon, 1995) i la violència interpersonal (Messerschmidt, 2000).

Hearn (2004) formula una de les crítiques més rellevants al concepte, dirigida a la poca discussió sobre els moviments de resistència a la MH, d'una banda, i als problemes d'adaptació del concepte a diferents contextos, de l'altra. L'autor argumenta que per l'estudi de múltiples formes de patriarcat o per utilitzar el concepte en diferents contextos, cal posar el focus tant en les seves estructures estables com en les seves estructures canviants, de la mateixa manera que cal analitzar tant les identitats de gènere fixes com les flexibles.

**Ambigüitat i solapament:** Segons algunes autores, la seva inespecificitat –concepte massa difús i ambiciós, en tant que pretén explicar l'ordre de gènere a nivell mundial, segons Beasley (2008)- posa en dubte o genera confusió pel que fa la relació entre MH i poder. Dit d'altra manera, hi ha molts homes amb poder que no representen la MH o viceversa. Wetherell i Edley (1999) defensen que el concepte no es capaç de definir la MH a nivell pràctic. Whitehead (1998, p.58; 2002, p.93) suggereix que existeix certa confusió sobre les característiques de la masculinitat que estem anomenant quan fem referència a la MH, "Is it John Wayne or Leonardo DiCaprio; Mike Tyson or Pele? Or maybe, at diferent". Això, segons Seidler (2000), es fa especialment palès a partir d'un procés de "suavización" de la masculinitat que comença als anys 80 i té molt a veure amb l'aparició d'un "home emocional"(Boise i Hearn, 2017) i que es tradueix en una sort de "feminització" relativa d'expressions emocionals, com pot ser el

plor en públic. Això ho podem veure en la normalització, per exemple, del plor de jugadors i entrenadors de futbol en diverses rodes de premsa, per posar un exemple mediàtic. Per tant, ens trobem davant de certes transformacions o adaptacions del model de masculinitat. Això ens portarà a desconfiar de qualsevol utilització transhistòrica o transnacional del concepte i a la necessitat de preguntar-nos si aquests canvis qüestionen l'hegemonia o la perpetuen. Segons Connell i Messerschmidt (2005) "l'ambigüitat en els processos de gènere podria ser important per reconèixer els seus mecanismes d'hegemonia[16]", dit d'altra manera, "un cert grau de solapament i ambigüitat entre les masculinitats hegemòniques i les còmplices és molt probablement efectiu per la pròpia hegemonia[17]" (p. 839). En el següent apartat desenvoluparem aquesta crítica, la qual s'articula, en gran part, des dels estudis crítics sobre les masculinitats.

**El problema de la reificació:** Holter (1997) diu que cal distingir entre el patriarcat, una estructura a llarg termini de subordinació de les dones , i el gènere, que és el sistema d'intercanvi que ha sorgit en el context del capitalisme modern. És un error, segons Holter, pensar la jerarquia entre homes, construïda dins de la relacions de gènere, com una continuació lògica de la subordinació patriarcal de les dones. Com que el concepte de MH es basa en la pràctica que permet la continuació de la dominació *col·lectiva* dels homes sobre les dones, no ens hauríem de sorprendre si en alguns contextos la MH fa referència a homes que exerceixen violència, fins i tot física, cap a les dones. Però la violència, o el que relacionem més habitualment amb la masculinitat tòxica, no sempre són característiques definitòries de la MH, l'hegemonia pot tenir diverses formes. O dit d'altra manera, diferents pràctiques poden ser generades a partir d'un mateix patró cultural (Connell i Messerschmidt, 2005, p. 840). Whetherell i Edley (1999) observen així, com en determinats contextos *ser un home* pot voler dir representar una distància respecte a la masculinitat hegemònica regional. En un context més proper, Azpiazu (2017) ens diu, amb certa ironia, que la tendència, com a mínim a països del sud d'Europa, ha estat la d'identificar una idea de masculinitat hegemònica com:

> "Un modelo altamente nocivo y desagradable, un modelo arquetípico que provoca rechazo: el hombre agresivo, capaz de justificar su superioridad con base en la

[16]Traducció pròpia.
[17]Idem.

> violencia o viceversa, que ostenta constantemente lo macho(orro) que es; ciclado al gimnasio, chillón, que passa el día dando collejas a sus colegas, que aborrece a los maricones y mira mal a los negros, que llega el lunes presumiendo del cacho que ha pillado el fin de semana y conduce el coche con una mano mientras fuma, bebe y quién sabe si algo más". (p.35).

Aquest model de masculinitat és tòxica i patriarcal, però actualment no és l'hegemònica ni la majoritària en un context com el nostre. El model de MH actual és molt més discret, i, per tant, passa molt més desapercebut, és un model aparentment menys masclista, cosa que no vol dir que sigui més equitatiu, no reivindica la superioritat masculina, tot i que l'exerceix de manera pràctica (Azpiazu, 2017). Per tant, si volem incorporar aquesta crítica al concepte i l'ús que s'ha donat a la MH cal, d'una banda, trencar amb la relació entre MH i majoria. I de l'altra, hem d'entendre la MH com un constructe que va més enllà d'una sola manifestació o expressió, per construir-ne una concepció plural i flexible, adaptable a cada escenari i en pro de l'exercici hegemònic. Això ens obligarà a dotar de context qualsevol definició de MH, com diuen Connell i Messerschmidt (2005):

> "Thus, hegemonic masculinities can be constructed that do not correspond closely to the lives ofany actual men.Yet these models do, in various ways, express widespread ideals, fantasies, and desires. They provide models of relations with women and solutions to problems of gender relations" (p.838)

**El subjecte masculí***:* Una de les principals crítiques que ha rebut el concepte ha estat que s'ha centrat en la dimensió estructural sense tenir en compte la capacitat reflexiva i d'agència del subjecte (Waling, 2019). La pregunta que es plantegen Wetherell i Edley (1999) és com els homes s'ajusten a un ideal i es converteixen en còmplices o resistents sense que ningú aconsegueixi encarnar aquest ideal. I aquí, cal entendre les normes hegemòniques com la definició de la posició del subjecte dins d'un discurs que els homes assumeixen estratègicament en unes circumstàncies concretes. Per tant, la masculinitat no representa un tipus d'home, sinó més aviat la manera com els homes es posicionen a través de pràctiques discursives. Segons Whitehead (2002), un dels perills del concepte de MH –i aquí apareix la crítica a la proposta de Connell- té a veure amb entendre-ho tot com estructura i fer el subjecte "invisible", fent així invisible també la responsabilitat i la seva capacitat d'agència. Això pot sonar estrany si tenim en compte que el concepte de MH originàriament

es formulà a partir d'una forta consciència sobre els arguments psicoanalítics del caràcter per capes i contradictori de la personalitat (Carrigan, Connell i Lee, 1985; Connell 1987). En aquesta recerca constant sobre la relació entre subjectivitat i estructura, objecte d'estudi de diferents disciplines, es reconeix per tant la incoherència inherent del subjecte, però aquesta s'explica de manera diferent des del postestructuralisme o des del psicoanàlisi.

**El patró de les relacions de gènere:** Ha existit una tendència en les teories socials del gènere cap al funcionalisme –entenent les relacions de gènere des de l'autoreproducció i cap una concepció basada en la funció que té aquest per una cultura determinada i la seva supervivència (Gilmore, 1994 o Bourdieu, 2001). Però la dominació masculina és un procés històric que no s'autoreprodueix, més aviat, requereix de molts esforços, recursos i interessos per mantenir-se. Entre d'altres coses, "requires the policing of men as well as the exclusion or discrediting of women." (Connell i Messerschmidt, 2005, p. 844). En aquest sentit, Demetriou (2001) critica la simplificació que fa Connell quan distingeix masculinitats hegemòniques de les no-hegemòniques com si fossin dos blocs. La seva proposta, per dotar de més complexitat la teoria, té a veure, d'una banda, amb la distinció que fa l'autor entre *hegemonia externa*, la qual fa referència a la institucionalització de la dominació masculina dels homes sobre les dones, i *hegemonia interna,* relativa a l'ascendència social d'un grup d'homes respecte a la resta. De l'altra, planteja que moltes vegades s'ha entès l'hegemonia interna com una estructura elitista on no hi ha influència de les masculinitats no-hegemòniques, però com veurem més endavant, aquesta unidireccionalitat ha estat posada en dubte per part de teories com la de la masculinitat híbrida (Demetriou, 2001), segons la qual es produeixen transaccions i hibridacions que van més enllà de la separació en dos blocs.

**Crítica decolonial i interseccionalitat:** Un darrer punt en el qual es concentren moltes de les crítiques al concepte de MH té a veure amb la relació entre colonialitat del poder (Quijano, 2000) i la colonialitat del saber (Lander, 1993). En primer lloc, perquè el concepte s'encunya a Austràlia i s'estén a través dels països occidentals, especialment anglòfons, on hi trobem la gran majoria de producció acadèmica sobre aquest àmbit. Aquest fet condiciona inevitablement a la mirada analítica, i globalitza com a punt de partida un determinat model de masculinitat o "form of masculinity culturally exalted" (Connell, 2005, p.77) i un "pattern of gender relations" (2005, p.76) que no és internacional. I això té a veure en part amb el lloc geogràfic on es produeix aquesta teoria, però sobretot té a veure amb l'etnocentrisme que caracteritza la majoria d'aquests estudis, elaborats des d'una mirada

blanca, rica i angloparlant, i en moltes ocasions, heterocentrada. El domini occidental s'articula principalment a partir de fer servir un paradigma hegemònic per explicar realitats perifèriques. Aquest domini de l'agenda global ve de lluny, però s'ha construït, especialment en l'àmbit que ens ocupa, durant les dues últimes dos-tres dècades. La part positiva, com diu Butler (2007) és com aquesta manera de construir el coneixement, també present en els estudis de gènere i feministes, ha estat qüestionada darrerament:

> "Esta manera de hacer teoría feminista ha sido cuestionada porque intenta colonizar y apropiarse de las culturas no occidentales para respaldar ideas de dominación muy occidentales,y también porque tiene tendencia a construir un 'tercer mundo' o incluso un 'Oriente', donde la opresión de género es sutilmente considerada como sintomática de una barbarie esencial, no occidental" (p.50)

Aquesta construcció etnocèntrica i hegemònica en termes culturals a nivell global ha tingut a veure amb "la urgencia del feminismo por determinar el carácter universal del patriarcado", la qual "ha provocado, en algunas ocasiones que se busque un atajo hacia una universalidad categórica y ficticia de la estructura de dominación, que por lo visto origina la experiencia de subyugación habitual de las mujeres" (p.50).

En segon lloc i més enllà de la dimensió discursiva, en els contextos travessats per una història colonial no podem entendre el model de masculinitat o les violències dels homes envers les dones sense entendre els efectes de la violència per part de les metròpolis i les seves manifestacions postcolonials (Margrethe Silberschmidt, 2004, com es cita a Connell, 2016).

En tercer lloc, per analitzar els efectes sobre les masculinitats i l'ordre de gènere del colonialisme cal comprendre aquesta relació en un marc neoliberal i global. Marta Viveros (2001) ha estudiat alguns dels impactes principals d'aquesta aliança entre colonialisme i capitalisme, i els efectes que ha tingut sobre els homes, especialment de classes treballadores a Amèrica Llatina, posant l'èmfasi en les dificultats que tenen aquests homes per sostenir la figura de *bread winner* i els efectes que provoca això per ells i el seu entorn. Això és el mateix que ha passat a Sud-àfrica, segons Hunter (2004), on la transició de *l'apartheid* al model neoliberal va fer col·lapsar la indústria secundària generant altes taxes d'atur i una situació especialment desesperant per als joves homes negres (*racialitzats*). D'altra banda, la concentració de riquesa creixent, produïda pel

sistema econòmic mundial ha creat les condicions per a la creixement consolidació de masculinitats empresarials de caràcter transaccional. Trobem exemples d'això a Europa, Estats Units, la Xina o l'Índia, entre d'altres. Connell i Wood (2005) anomenen aquesta masculinitat "transnational business masculinity", la qual estaria generant segons diversos estudis un nou model de masculinitat i "new world order masculinity" (Niva, 1998, citat a Connell i Woord, 2005). S'hauria creat, per tant i gràcies a la col·lectivització tecnològica i les pràctiques de direcció d'empreses comunes, un model de vida semblant a nivell internacional per homes de negocis, el qual cal entendre en relació amb la construcció hegemònica del gènere. Per la seva influència a nivell internacional esdevé patró o ideal cultural visible internacionalment.

Connell i Messerschmidt (2005) parlen de "globalization of gender" per referir-se a la interacció entre masculinitats hegemòniques i masculinitats localitzades en un context globalitzat. Però Beasley (2008) apunta que Connell es refereix a l'única manera d'estar a la cúspide, una idea de masculinitat hegemònica monolítica novament. Segons l'autora, Connell analitza només com baixa el model global cap a allò local i es perd en aquesta anàlisi la influència sobre com des d'allò local es contribueix a crear allò global. En aquets sentit, podríem parlar del model de masculinitat provinent del món de la contracultura, el rap (*hip hop*) i el *trap,* i com aquest té efectes sobre el model hegemònic, per posar un exemple prou il·lustratiu. Un model de masculinitat amb gran ascendència com a model per a molts homes, joves especialment. En aquest cas es generaria un nou model transaccional diferent al de l'home de negocis i, per tant, estaríem reforçant la tesi que hem defensat anteriorment, a partir de la qual caldria parlar més de masculinitat(s) hegemòniques que de masculinitat hegemònica en singular. Bob Pease (2001) analitza, en aquest sentit, com la literatura teòrica entorn de la MH, liderada per Connell, ha exportat una visió única de la Masculinitat Hegemònica australiana i occidental, i cal posar en qüestió aquesta idea monolítica per veure els processos de resistència i negociació que es donen. En aquest sentit, l'anàlisi *postcolonial* pot ser molt útil (Beasley, 2008).

Per generar una anàlisi que inclogui una revisió crítica sobre aquesta colonialitat del saber ens és molt útil recuperar els tres nivells amb els quals s'ha dividit la geografia de les masculinitats (Connell i Messerschmidt, 2005):

*Local*: construït en el cara a cara, la interacció, l'intern de les famílies, les organitzacions i les comunitats, el trobem sobretot en etnografies o investigacions a partir d'històries de vida, tal i com exemplifica aquesta tesi[18].

*Regional*: construït en l'àmbit de la cultura o l'estat-nació i el trobem en els discursos, la política, la investigació demogràfica, etc[19].

*Global*: construït en l'arena internacional de la política mundial, l'economia transnacional o els mitjans de comunicació, s'estudia en investigacions emergents sobre masculinitats i globalització[20].

Gràcies a les crítiques decolonials i el qüestionament emergent per part d'estudis interseccionals[21] (Harnois[22], 2017) sobre el gènere i la masculinitat (Connell, 2007; Go, 2012; Bhambra, 2014; Rosa, 2014, Christensen i Jensen, 2014, etc.), i sobretot a la proliferació d'estudis sobre masculinitats en contextos perifèrics (Valdés y Olavarría, 1998; Ishii-Kuntz, 2003; Kim & Pyke, 2015, entre d'altres) es comença a produir, durant les dues darreres dècades, un debat sobre les conseqüències colonials i universalitzadores dels estudis sobre masculinitats i gènere. I, sobre la necessitat de produir coneixement sobre masculinitats en contextos no occidentals. L'estudi que aquí presentem pretén ser una aportació més a l'estudi de les masculinitats fora del món anglosaxó i dins del context mediterrani. Estudi que no entenem com a perifèric, o no cent per cent, en termes geopolítics (sí podem parlar de perifèria a nivell europeu, però no a nivell global), però sí en relació a la masculinitat hegemònica racional i allunyada, en termes ideals, de la vulnerabilitat i el patiment (home i masculinitats *psiquiatritzades*).

[18] Traducció pròpia.

[19] Ídem.

[20] Ídem.

[21] Conseqüència dels posicionaments i les lluites liderades pels feminismes negres (Maxine Baca Zinn, 1982; Angela Davis, 1983; Bell Hooks, 1984, entre d'altres), en contra dels estudis de gènere etnocèntrics i basats en la *blanquitut* com a punt de partida epistemològic.

[22] Aquest estudi apunta una idea interessant segons la qual existeix una correlació (inversament proporcional) entre la posició dels homes respecte a l'estructura social i el seu grau de consciència de gènere (o grau d'obertura davant d'aquesta), segons l'autora, perquè homes pobres, negres (*racialitzats*), etc. tenen menys a perdre amb la igualtat i l'equitat de gènere que els anomenats BBVA (Blanco, Burgués, Varón, Adulto). Una idea molt discutible analíticament però interessant.

Si ens centrem en el context espanyol, podem parlar d'una producció pràcticament inexistent sobre masculinitats amb perspectiva de gènere abans dels anys 70-80, només trobem alguns estudis etnogràfics, molt interessants però escassos, elaborats per científics socials anglosaxons sobre el món rural andalús (Gilmore, 1987; Pitt-Rivers, 1971, 1979; Brandes, 1991), els quals van ser acusats d'exagerar o estereotipar l'home rural (andalús especialment) i de generar una imatge simplista de l'home espanyol (Hart, 1998). El primer text sobre masculinitats amb perspectiva de gènere produït per un escriptor de l'estat, podem dir, que arriba l'any 1978 de la mà de J. V. Marqués (*Sobre la alienación del varón*, publicat per *El viejo topo*). Però no és fins a partir dels anys 80 i sobretot 90 que comencen a proliferar més estudis de tall sociològic sobre la masculinitat a Espanya, centrats, principalment i segons Valiente (2002), en dos temes: les reaccions masculines davant dels avenços de la lluita feminista i les característiques dels homes que exercien violència contra les dones. Aquesta aparició tant tardana i escassa, tot i que actualment trobem molta més literatura científica en aquest àmbit i context (Bonino, 2003; Lomas, 2003; Carabí i Armengol, 2008; Lorente, 2009; Enguix, 2012; Comas-d'Argemir, 2014; Bacete, 2017; Abril, 2018, entre moltes altres autores), fa que encara sigui un terreny relativament inexplorat o mancat d'estudis suficients per entendre'l en la seva complexitat.

Hearn (2018) -representant dels estudis crítics sobre homes i masculinitat (*Critical Studies on Men and Masculinities*, CSMM)- parla de la necessitat, després d'una certa proliferació durant les darrers dècades de moviments d'homes per la igualtat, d'estudis crítics sobre la masculinitat, etc., d'estudiar les pràctiques masculines com a pràctiques genèriques, però també interseccionals que es produeixen de manera particular en funció del context. Això passa des del nostre punt de vista, per analitzar la masculinitat en contextos subalterns i perifèrics (més enllà de contextos anglosaxons) sense oblidar la globalització de certs patrons o ideals culturals hegemònics entorn al gènere i la masculinitat. I és aquesta una de les aportacions que, modestament, pot fer aquest estudi a una anàlisi de les masculinitats que realment sigui plural.

## 1.4. | La qüestió del poder. Invisibilitat masculina i estudis crítics

"—Cuando, por la mañana, te miras al espejo ¿qué ves?
--Veo una mujer- respondió la mujer blanca.
--Ahí está precisamente el problema—replicó la mujer negra--. Yo veo una negra. Para mi la raza es visible a diario, porque es causa de mi handicap en esta sociedad. La raza es invisible para vosotras, razón por la cual nuestra alianza me parecerá siempre un poco artificial". (Badinter, 1993, p.25)

Aquest fragment extret del llibre *Changing Men. New Directions in research on Men and Masculinity* (1987) i traduït per Elisabet Badintier (1993) il·lustra la relació entre privilegi, poder i invisibilitat. Un dels elements cabdals per entendre l'hegemonia masculina és la negació del factor gènere, com diu Butler (2007, p.76) "solo los hombres son 'personas' y solo hay un género: el femenino", en aquest procés és on rau segurament un dels elements principals per explicar les relacions de poder i de dominació *genèriques*. Celia Amorós (1990) parla de "varón paradigmático inexistente" i Robinson (2000) i Armengol, 2006) de la *màscara de la universalitat*[23]. Ambdues idees tenen a veure amb la no existència de consciència entre els homes de ser subjectes històricament i *genèricament* construïts (Blanco, 2016). Aquesta maniobra fonamental per qualsevol exercici de poder, que té a veure amb la naturalització de la posició de privilegis i d'una negació correlativa de la seva dimensió social i cultural, es dóna de manera individual, però fonamentalment és col·lectiva. Té lloc a través de pactes no conscients o implícits entre homes, la mateixa Amorós (1990) els anomenà "Pactos patriarcales". Però també en el camp epistemològic, inclosa una part important de les ciències socials, es dóna aquesta negació o invisivilització de la masculinitat com a construcció cultural. Bourdieu (2000) deia que percebem i apreciem la realitat a partir d'uns esquemes que porten incorporades les estructures històriques de l'ordre masculí, per tant, "la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación" (Bourdieu, 2000, p.22).

Malgrat els estudis sobre masculinitats se centren a posar el focus i treure de la indivisibilitat de la construcció de gènere masculina, no queden exempts d'altres processos d'ocultació/ privilegi que tenen a veure amb el poder. Les crítiques o consideracions respecte a les limitacions de la proposta conceptual de la MH van obrir la porta a l'aparició del que s'ha

[23] Traducció pròpia.

conegut com els *Critical Studies on Men*[24] (CSM), els quals tenen com a intenció *recentrar* els estudis de gènere sobre homes en la dimensió del poder. La proposta, segons Hearn (2004), és una resposta o una revisió dels estudis sobre aquest àmbit temàtic, per veure quins de tots (no tots ho són) són realment transformadors des d'una mirada feminista i en termes de justícia social. Per fer-ho, l'autor suec, resumeix en quatre les aportacions dels CSM. En primer lloc, cal clarificar la posició política dels estudis fent-la explícita i visible. En segon lloc, és necessari desenvolupar metodologies i mètodes específics. En tercer lloc, interpretar els resultats tenint en compte aquesta mirada sobre les relacions de poder. I per últim, buscar maneres de transformar les disciplines i interpretar els resultats de manera adient.

Entenem aquí, el poder com la capacitat o l'habilitat de dominar/influir els altres a través de càstigs o recompenses (Dahl, 1957; Lukes, 1974; Wrong, 1979; 2002), això farà, per tant, que alguns interessos personals estiguin a l'agenda social i política, i d'altres mai apareguin, distorsionant ideològicament els interessos i els punts de vista de la població (Lukes, 1974). En aquest sentit, el terme hegemonia "emphasizes the ways in which power operates to form our everyday understanding of social relations, and to orchestrate the ways in which we consent to (and reproduce) those tacit and covert relations of power' (Butler, 2000, p.13-14).

Segons Hearn (2004) la tendència és parlar més de masculinitats, que d'homes. L'hegemonia es pensa en termes masculins i abstractes, desdibuixant i i traient del centre d'alguns estudis el poder concret que tenen els homes, i per tant la seva responsabilitat. La proposta, per tant, és parlar més d'hegemonia dels homes i menys de masculinitat hegemònica:

> "I argue that the concept has generally been employed in too restricted a way; the focus on masculinity is too narrow. Instead, it is time to go back from masculinity to men, to examine the hegemony of men and about men. The hegemony of men seeks to address the double complexity that men are both a social category formed by the gender system and dominant collective and individual agents of social practices" (p.59).

[24]També ens referirem a ells com a Estudis Crítics sobre els homes (ECH).

Per fer-ho, l'aposta dels CSM és posar el focus en aquelles coses donades per fet, naturalitzades o "de sentit comú" sobre els homes. La MH no és suficient per abordar i transformar les formes de poder. Cal combinar la dimensió material i la discursiva. Com proposen els estudis feministes, és necessari qüestionar la pròpia idea/categoria d'home com a base dels estudis sobre homes i estudiar les pràctiques d'aquests homes (Hearn, 2004). I afegiríem que aquest és un dels problemes de molts estudis en aquest camp, els quals perden de vista la dimensió del poder i les aportacions feministes al respecte i es dediquen a estudiar la masculinitat de manera autàrquica i sense tenir en compte l'impacte que té aquesta manera de "ser homes" (en transformació) en termes de pràctiques i de desigualtats/violències.

En aquest sentit i tal com hem exposat en el punt anterior, esdevé necessari problematitzar la relació entre dominació i hegemonia. Martin (1998) ja posava en dubte l'apropiació recurrent que feien algunes acadèmiques i acadèmics del concepte de MH, equiparant-la a un tipus de masculinitat o a qualsevol tipus de masculinitat que passés a ser dominant en un lloc i un moment determinat. Més recentment, Beasley (2008) i Elias i Beasley (2009) consideraven aquestes associacions com apropiacions inconsistents que havien confós les formes dominants de masculinitat –aquelles més culturalment valorades en determinats escenaris i per tant hegemòniques- amb aquelles que legitimaven en major grau el poder d'homes cap a dones. I havien oblidat que algunes masculinitats que més legitimen el poder dels homes cap a les dones són culturalment marginades (no hegemòniques) i viceversa. Això ens porta a revisar la concepció d'hegemonia en termes de poder. Cal tenir en compte aquestes dues dimensions; quins són els ideals de masculinitat més valorats culturalment en un moment i un lloc determinat (MH) i les relacions de poder home-home, però també quins homes estan legitimant i validant la relació de dominació home-dona. I finalment, serà necessari veure quin diàleg i quins relacions s'estableixen entre ambdues dimensions. Segons Schippers (2007), per analitzar l'hegemonia dels homes és necessari distingir quines són les masculinitats que legitimen el poder i quines no. En aquest mateix sentit, Christensen i Jensen (2014) -a partir de la diferenciació que fa Demetriou (2001)- proposen analitzar per separat l'hegemonia interna (entre homes) i l'externa (respecte a les dones). Un dels arguments principals per justificar aquesta necessitat d'analitzar aquestes dues dimensions per separat té a veure amb que conjuntament s'acostuma a simplificar la realitat i dona lloc a errors. Que els homes canviïn els tipus de masculinitat o les relacions de poder entre masculinitats/homes no vol dir que deixi d'existir el patriarcat o l'opressió de les dones, o

al revés, pot existir una masculinitat hegemònica que no contribueixi a perpetuar l'ordre patriarcal. Es poden fins i tot donar contradiccions o processos contradictoris entre la interna i l'externa.

Per tal de buscar formes crítiques i més capaces d'entendre la complexitat de les relacions de poder, Messerschmidt (2010) distingeix dos tipus de masculinitats no-hegemòniques: les "dominants" (en català mantindrem *dominants*), que són aquells models més poderosos o més estesos, en altres paraules, les formes de masculinitat més valorades en un context determinat. I, d'altra banda, les ''dominating'' (ho traduirem per *dominadores*), aquelles que dominen, ordenen i controlen les interaccions i exerceixen poder i control sobre les persones i els esdeveniments. Aquests dos tipus de masculinitats que esmenta poden ser hegemòniques o poden no ser-ho, però, segons Beasley (2008), el que és clar és que mai seran hegemòniques si no són capaces de legitimar les relacions patriarcals. Per tant, la proposta aquí es subdividir les masculinitats en hegemòniques i no hegemòniques, "dominants" i ''dominating". A partir de fer una anàlisi més precisa, podrem també destriar i identificar aquelles masculinitats que promoguin l'equitat (Messerschmidt, 2012) i per tant, una relacions que tendeixen a la igualtat entre homes i dones, d'aquelles que no ho facin.

Posem un exemple que ens permeti aclarir els matisos que aporten els CSM fins aquí descrits. Situem-nos en un grup de nois joves de 18-19 anys que estudien junts a Barcelona actualment. La Masculinitat Hegemònica en aquest context tindrà a veure amb aquells ideals de tipus cultural i que per tant són més reconeguts i més visibles (als mitjans de comunicació, sèries, xarxes socials, anuncis, etc). Estem parlant de nois joves, blancs, heterosexuals, sense cadira de rodes, musculats i prims, amb una expressió de gènere masculina, però suau, etc. En altres paraules, la imatge o els valors de qualsevol esportista masculí famós o d'elit. Aquells nois del grup que s'assemblin més a la MH és molt possible que tinguin una masculinitat més *dominant*, que es traduirà en més èxit social. Però ara pensem en les múltiples característiques que pot tenir aquest grup, són nois gitanos?, d'origen senegalès?, provenen de famílies adinerades o han de treballar per pagar-se els estudis?, amants de la dansa contemporània?, pertanyen a moviments LGTB i no són heterosexuals? Això determinarà quines seran les característiques dels nois *dominadors* dins del grup, aquells que marquen les normes, autoritzen i tenen més poder respecte a la resta. És molt possible que els *dominadors* no siguin *dominants* o que depengui del context, que deixin de ser *dominadors* en un context mixt, o moltes altres combinacions possibles. En qualsevol cas,

podrem trobar relacions entre unes categories i altres (dominats-dominadors) i això ens permetrà analitzar les relacions de poder entre homes (*hegemonia interna*). També ens permetrà analitzar les relacions entre aquests nois que estudien i les seves companyes de classe, tant siguin dones com –afegim- persones que no es defineixin a partir de l'esquema binari, estarem parlant aleshores de *l'hegemonia externa*.

Christine Beasley (2008) també critica les limitacions de la MH i la seva aplicació (massa àmplia i indefinida), però en aquest cas ho fa perquè segons ella se centra massa en l'ideal cultural i el discurs, i molt poc en la condició material. L'autora proposa *resituar* la qüestió del poder a partir d'analitzar quines són les masculinitats que legitimen el poder, i quines el transformen, podem afegir. Per fer-ho i segons Beasley és necessari superar la distinció entre dimensió discursiva i material. Per tant, comparteix la crítica respecte a l'associació feta entre MH i poder, però aquesta vegada planteja una proposta amb l'objectiu de fer més operatiu el terme de MH, de nou a partir d'una subdivisió a la recerca de major concreció. En aquest cas, Beasley proposa distingir masculinitats *sub-hegemòniques* i *supra-hegemòniques*. Posa com exemple les masculinitats hegemòniques dins de les classes treballadores com a sub-hegemòniques, a diferència de les supra-hegemòniques que podrien encarnar els homes de negocis blancs i heterosexuals. Aquesta classificació ens permetria diferenciar les hegemonies que es produeixen en diferents estaments de la societat i les relacions que s'estableixen entre elles, molt pertinent en un camp com la salut mental i l'exclusió com a conseqüència del patiment mental i la *psiquiatrització.* Segons Beasley, cal taxonomitzar el camp de les masculinitats per analitzar les relacions jeràrquiques entre masculinitats hegemòniques, això permetria analitzar tant les relacions en vertical com en horitzontal (Beasley, 2008). En aquest sentit, la proposta és *desmassificar* la MH a través de trencar amb la concepció monolítica del terme. Això implica no entendre la MH com aquella equivalent a la masculinitat que està a d'alt de tot de la piràmide, tal i com plantegen Connell i Messerschmidt (2005). En altres paraules, i aquest és el nostre punt de partida, no ens interessa definir quina és la masculinitat més dominant i la que menys, sinó acotar la definició de la MH per centrar el seu significat en el mecanisme polític que involucra la unió de diferents masculinitats en un ordre jeràrquic. Amb l'objectiu, com proposa Beasley (2008) d'anar més enllà de la dominació social per centrar-nos també en la mobilització política.

Al final, aquesta deriva d'una part dels MMS, els quals han acabat centrant-se en la dimensió més identitària de la masculinitat deixant de banda o posant en segon pla la qüestió del

poder, té a veure, segons Andrea Waling (2019), amb una certa desconnexió d'aquestes produccions teòriques respecte a la teoria feminista. I el que volem plantejar en aquest treball és una reconnexió entre els MMS contemporanis i la literatura feminista que ens permeti entendre el gènere com a conjunt de pràctiques vinculades a les relacions de poder i dominació. Un allunyament, tant a nivell teòric com metodològic, que no s'hauria d'haver produït mai (perquè provoca una comprensió de la realitat despolititzada), però que segons diferents teòriques feministes (Ramazanoglu, 1992; McMahon, 1993; Pease, 2002; Robinson, 2003; McCarry, 2007; Hearn, 2004; O'Neil, 2015; Beasley, 2012 i 2015, entres d'altres) ha tingut lloc durant les dues-tres últimes dècades en algunes propostes o corrents dins dels MMS, no totes.

Una segona crítica que es planteja als MMS té a veure amb una tendència essencialitzadora que mantenen a l'hora d'estudiar la masculinitat i què és ser home, on de manera més o menys explícita s'acaba donant una idea de la masculinitat i l'home molt fixa i estàtica (Waling, 2019). Així com altres corrents sobre gènere i sexualitat han posat en dubte la relació entre sexe i gènere i han problematitzat les categories o la construcció de les mateixes, no s'ha fet pràcticament aquest exercici des dels MMS, o s'ha fet molts menys (Beasley, 2015). Tot i això i per aportar matisos, la mateixa autora defensa que en determinats moments el "use of a universalised group identity may sometimes be strategically necessary" (p.575), referint-se, per exemple, a identificar com a grup o sota la mateixa etiqueta el col·lectiu d'homes o la masculinitat quan es parla de violència masclista com a forma de denúncia. En aquest punt, és molt important que distingim una estratègia de denúncia o de visibilització (com pot ser el lema que s'ha fet mundialment conegut a partir de la campanya i la cançó feminista *El violador eres tu*) de la dimensió analítica. Això vol dir tot, tenir la capacitat de desentranyar la complexitat que suposa estudiar la masculinitat en termes interseccionals i com a construcció *situada* en un context particular, però sense perdre mai de vista la transformació de les relacions injustes (desigualtats de gènere) com a rerefons.

## 1.5. | Masculinitats *híbrides* i processos *transaccionals*: Tensions entre poder-identitat i reproducció-transformació

> "El género es una complejidad cuya totalidad se posterga de manera permanente, nunca aparece completa en una determinada coyuntura en el tiempo. Así una coalición abierta creará identidades que alternadamente se instauren y se abandonen en función de los objetos del momento; se tratará de un conjunto abierto que permita múltiples coincidencias y discrepancias sin obediencia a un *telos* normativo de definición cerrada". (Butler, 2007, p.70)

Demetriou (2001) recupera la idea *de bloc històric* de Gramsci per entendre com en un moment històric concret les contradiccions i tensions s'integren i es combinen per conformar un dispositiu per a la dominació, a partir d'esdevenir part del sentit comú; "It is a 'historic bloc' whose hybridity and historical specificity are reminiscent of 'common sense'" (2001, p.346). Com ja van mostrar Suzanne Kessler i Wendy McKenna (1987) en el seu clàssic estudi etnometodològic, el camp de la investigació de gènere, és inevitablement un procés d'atribució social en el qual s'usen les tipologies de gènere extretes del sentit comú. Per tant, i per entendre la masculinitat avui i aquí, caldrà analitzar allò que es *dona per descomptat* (Berger i Luckmam, 2003), fins i tot quan s'enumera per ser posat en qüestió, i com ha estat el procés a partir del qual ha esdevingut sentit comú. Només d'aquesta manera podem entendre un sistema de dominació, a partir de conceptualitzar, tal i com va proposar Geertz (2001), el sentit comú com a construcció cultural.

En aquest cas, la noció de *bloc històric* serveix a Demetriou (2001) per superar la dicotomia que planteja la teoria *connelliana* entre masculinitats hegemòniques i masculinitats no-hegemòniques, ja que aquesta dicotomia és massa rígida o estàtica per explicar els processos a partir dels quals es mantenen estructures de poder, com pot ser la dominació masculina. Demetriou (2001) fa servir el concepte de "hybridization" per explicar el resultat d'un procés de negociació entre masculinitats o idees entorn a la masculinitat, la qual dona lloc a una combinació d'elements històrica nova, sense precedents. Homi K. Bhabha (1990) parla de la creació d'un "third space", o bloc híbrid, el qual integra idees aparentment contradictòries amb l'objectiu de donar continuïtat a la forma de relació jeràrquica. Això passa quan les condicions per a la reproducció del patriarcat canvien, aleshores els subjectes masculins

han d'adaptar-se en funció de si l'estratègia és efectiva[25] (Demetriou, 2001). Sarvan (1998) ja apuntava també aquesta idea d'hibridat quan va estudiar les masculinitats nord-americanes i l'ascens del que ell anomenava "noves masculinitats" com un intent dels homes blancs de respondre i reagrupar-se davant dels desafiaments socials i econòmics que van suposar els moviment feministes i LGTB en termes de privilegis i per al seu manteniment. En aquest cas, l'autor recupera la idea d'hibridació dels estudis *postcolonials* per explicar com i perquè es va *endolcint* el model de masculinitat hegemònica a partir dels anys 70.

Aquesta proposta superaria la idea que les masculinitats marginades o subordinades estan en tensió amb la MH, però mai aconsegueixen tenir impacte sobre la mateixa per ubicar-nos més aviat en una situació de negociació constant on les masculinitats subalternes tindrien influència sobre les hegemòniques (Messerschmidt, 2005). Connell (1995) ja parlava d'*autorització* per referir-se al consentiment que donen les masculinitats hegemòniques a determinats elements de les masculinitats marginals o subordinades, el qual també podíem interpretar com una espècie d'apropiació. Connell posava l'exemple dels atletes negres, als qual se'ls autoritza a representar i a encarnar -en determinats contextos, com ara l'esportiu- els valors de la masculinitat. Què hi ha més masculí que cossos d'homes negres competint? Val a dir, per això, que aquesta autorització sempre és contextual perquè s'acaba fora de la pista de l'estadi o el camp. Fora dels contextos on se'ls autoritza a ser més homes que negres –escenari esportiu- tornen a ser més negres que homes. Caldria en aquest exemple incloure la dimensió de la classe per analitzar en la seva complexitat. En aquest apartat, l'exemple dels homes esportistes negres ens serveix per entendre com aquesta aparent relació horitzontal entre homes blancs i homes negres en un moment donat, respon en realitat, a un esquema de dominació on qui ostenta l'hegemonia estaria autoritzant, en pro del seu domini, altres masculinitats subordinades, reforçant així la relació de poder. *Sóc jo, o som nosaltres qui decidim quan pots formar part d'aquest "nosaltres" i quan no*.

Posem un altre exemple d'aquesta dominació simbòlica reforçada a través de la maniobra d'autorització. Quan en moltes escoles de primària es parla de l'ús del pati i de la relació de quin espai ocupa cada joc, acostuma a aparèixer un malestar important respecte al

[25] Traducció pròpia.

futbol[26]. Els camps de futbol segueixen ocupant la major part del pati a nivell físic i simbòlic (cada vegada amb més excepcions). Això afecta les nenes (o aquelles que no compleixen els estàndards marcats pels nens que juguen: marquen gols, tenen control de la pilota, etc.), però també els nens que no encaixen amb el patró de masculinitat que col·loca el futbol com a pràctica *masculinitzant*. Quan parles de les injustícies i les desigualtats que hi ha entorn el tema del futbol i el pati, apareix molt sovint un intent de negar aquestes desigualtats o minimitzar-les. Alguns dels nens que més se senten atacats quan aquest malestar de les nenes es posa sobre la taula diuen que *nosaltres les deixem jugar*, i fins i tot, moltes vegades algunes nenes reforcen aquesta idea i afirmen que sí, *ens deixen jugar*. Aquesta situació de dominació simbòlica -que té efectes en la distribució material de l'espai, del temps (de joc) i del poder- exemplifica aquest concepte d'*autorització* al qual fèiem referència, on un aparent intent de revertir una desigualtat es converteix en una reafirmació de la relació de poder i per tant, en una consolidació de l'hegemonia a partir d'una manifestació de certa flexibilitat. La dominació passa a ser així una qüestió de "sentit comú" i surt reforçada a partir d'una maniobra (d'autorització) aparentment benèvola i, fins i tot, considerada com un acte de generositat. Unes persones autoritzen i les altres són autoritzades en funció del gènere aprés. En aquest exemple, de nou, s'està *fent gènere* (Candance i Zimmerman, 1987), però sobretot, són exemples que ens serveixen per entendre allò híbrid com aquesta flexibilitat necessària per al sosteniment a l'hegemonia.

En aquest sentit, Menéndez (1984, 2018) fa servir la idea de *transacció* per explicar la forma de relació entre el Model Mèdic Hegemònic (MMH) i les formes d'autoatenció o les alternatives al propi model. Un concepte aplicable a qualsevol relació entre classes dominants i subalternes. Aquesta operació explicaria com el model permet o, fins i tot, absorbeix determinades pràctiques creades com a alternatives (formes d'autoatenció en el cas que planteja Menéndez), aconseguint que aquests moviments interioritzin la "responsabilidad del control" (1984, p.113) i l'adhesió al model. L'antropòleg posa l'exemple paradigmàtic dels grups d'autoajuda en el context mexicà (amb molta influència nord-americana), com a

[26]En diferents moments de la tesi faré referència, de manera més o menys explícita, a la meva experiència, durant 8 anys, com a educador dins de la cooperativa Candela (www.candela.cat), la qual té com a objectiu la prevenció de les violències masclistes i LGTBIfòbiques. Alguns dels exemples, extrets dels tallers amb joves i infants, em serviran per il·lustrar algunes de les idees teòriques plantejades. Especialment aquesta experiència tindrà importància en el capítol 5.

"empresas autogestionadas destinadas a reformar la adhesión a los valores de la sociedad norteamericana". En el nostre cas, masculinitat híbrida seria un resultat, en permanent procés de re-configuració, d'aquestes transaccions, entre masculinitat hegemònica i masculinitats no-hegemòniques (homes gais, homes negres, homes pobres, etc.). A l'hora d'entendre aquests processos transaccionals i segons Menéndez, l'èmfasi no el posem tant en la dimensió recíproca de la transacció, com plantejaven Barth (1966) i Harman (1974) (a Menéndez, 2018), sinó en com la relació entre hegemonia i subalternitat (transacció) ve definida per la part dominant, és per tant aquesta la qual determina el context de la *transacció*. Tanmateix, en tota *transacció* sempre hi trobem implícita una dimensió no prevista per la part dominant que pot esdevenir transformació o desplaçaments que escapen al control d'aquesta.

Posem un exemple en el nostre camp, per entendre la nostra interpretació de la proposta conceptual de Menéndez. Analitzant durant anys la construcció de la *masculinitat jove* (conjunt d'ideals *genèrics* que defineixen pràctiques i les relacions de poder) en termes d'hegemonia-subalternitat, podem concloure que existeix un model dominant basat en la transgressió, la seguretat personal, la individualitat, l'autonomia, l'agressivitat, l'èxit (hetero)sexual, etc. molt ben encarnada per alguns cantants de música rap, *hip-hop*, *reggaeton,* etc. (que no podem confondre amb el tot, però si amb la part més visible). Aquest ideal, hegemònic en determinats contextos, prové d'una idea de masculinitat subalterna; contextos pobres i de classe baixa, sense formació universitària, travessats per la droga i les conductes delictives, etc. Aquest exemple ens permet plantejar dos qüestions interessants. En primer lloc, aquesta transacció que permet fer hegemòniques característiques que provenen de classes subordinades està definida, com dèiem, pels interessos de l'hegemonia, és a dir, reforçar un ideal de masculinitat dominant, i no per la subalternitat, que en aquest cas podria estar representada per la classe social. En altres paraules, el que s'idealitza no és ser pobre, sinó ser un home exitós a través d'altres mitjans diferents al de l'home empresari (per simplificar-ho molt). En segon lloc, aquest exemple ens obliga a plantejar de manera articulada la classe i el gènere per entendre aquestes transaccions entre hegemonia-subalternitat, si no conjuguem aquestes dues dimensions estarem fent un ús de l'hegemonia que falseja la realitat. En general, ser pobre no aportarà hegemonia, però a través de la masculinitat hegemònica (en procés d'*hibridació* constant) sí que es pot aconseguir poder.

La *masculinitat híbrida*, segons Bridges i Pascoe (2014), és aquella que fa referència a una selectiva incorporació d'elements de la identitat típicament associada a les masculinitats marginades i subordinades, i/o fins i tot, de feminitats que desenvolupen identitats i rols privilegiats segons el gènere masculí[27]. Definició que apareix també en Arxer (2011), Demetriou (2001); Messerschmidt (2010); Messner (2007), entre d'altres. Bridges i Pascoe fan servir com a metàfora les peces, com si d'un puzle es tractés. És com si la MH seleccionés peces de les masculinitats gais (Heasley, 2005; Hennessy, 1995, entre d'altres), negres (Hughey 2012; Ward, 2008) o femenines (Arxer 2011; Messerschmidt 2010; Schippers 2000; Wilkins, 2009) per configurar un nou conjunt, el qual esdevindria una masculinitat modificada, que no és nova però tampoc es manté a través del temps de manera estàtica. D'altra banda, es tracta d'una crítica que s'ha fet a la idea de MH.

Demetriou (2001) parla de "dialectical pragmatism" per superar aquesta representació dual, binària i unidireccional (només de d'alt a baix, des de la posició hegemònica a les posicions subordinades o marginades) de les relacions de poder en el sí de la masculinitat i les relacions que es donen entre homes, és a dir, en el marc de *l'hegemonia interna*. Aquesta hibridació a nivell intern com a resultat d'una negociació, translació i reconfiguració constant, esdevindrà, segons Demetriou (2001), la millor estratègia per al manteniment de l'*hegemonia externa*. En altres paraules, l'hegemonia interna és, entre d'altres coses, un mitjà per aconseguir l'hegemonia externa (Abril, 2015). El bloc hegemònic masculí és, per tant, una "hybridization whose appropriation of diverse elements makes it capable of reconfiguring itself and adapting to the specificities of new historical conjunctures" (Demetriou 2001, p.355).

Ens pot servir, en aquest sentit, posar cara a la *masculinitat híbrida* a través dels models o de les masculinitats que apareixen als mitjans de comunicació, tenint en compte la seva evolució històrica durant les últimes dècades. Hernández Ochoa (2011) analitza l'evolució de la imatge de la masculinitat i la feminitat als mitjans de comunicació, des del tardo franquisme fins avui. En aquesta evolució, el qüestionament de la masculinitat hauria suposat una "crisis en la identidad colectiva" (2011, p.575), un dilema (real o fictici) que, segons l'autor, té a veure amb assumir una identitat masclista i no assumir-la. En aquest

[27] Traducció pròpia.

sentit, comencen a aparèixer personatges masculins a les sèries i pel·lícules (la majoria d'ells, joves heterosexuals i blancs) que responen al "macho de síntesis" (Imbert, 1990, p.109). Un home a mig camí entre el "bruto de puños de acero" i el "romántico de corazón tierno". Un home que no es mostra masclista en aparença -o en el camp discursiu-, però que manté conductes sexistes i masclistes. Un home que no es excessivament paternalista, però que manté les qualitats per a ser el protector, entre elles especialment de l'ús de la violència. Un home que pot ser "infantil" en la seva relació amb les dones, però "macho" pel que fa la seva relació amb l'espai públic, on pot mantenir comportaments inflexibles i violents (Hernández-Ochoa, 2011). No ens caldrà fer massa esforços per visualitzar algunes d'aquests masculinitats híbrides, que deixen enrere la masculinitat tardo franquista de Torrente o els personatges que feia Alfredo Landa, per convertir-se en persones que expressen emocionalitat més enllà de la ràbia (i conseqüent violència), que tenen moments tendres, i que, fins i tot, tenen sexe amb altres nois, però que mantenen i certifiquen aquells elements de la masculinitat (protectora, violenta, dura, que penetra i no es penetrada, etc.) que permet mantenir el poder i el domini envers les dones i en la relació amb altres homes.

Seguint amb metàfores que incorporen nous conceptes o concepcions d'una masculinitat dinàmica i capaç d'adaptar-se, Coles (2009) proposa el terme de *masculinitats mosaic*. A partir dels conceptes de *camp*[28] i *habitus*[29] de Bourdieu, l'autor explica que els homes poden extreure *capital* d'altres *camps* per generar altres formes d'hegemonia, quan veuen que no poden reproduir el patró hegemònic. Coles posa com a exemple els homes gais, els quals no poden encarnar o habitar la masculinitat hegemònica –o com a mínim no del tot-, en tant que aquesta és heterosexual, però poden buscar altres maneres d'aconseguir poder i *status* dins de la pròpia comunitat. Procés pel qual es generaran relacions d'hegemonia-subalternitat dins de la pròpia comunitat subalternitzada, entre aquells que s'assemblen més al model hegemònic (homes gais, joves, blancs, que encaixen en els cànons de bellesa, etc.) i aquells que no.

[28]El podem definir com el conjunt de relacions de força entre agents o institucions, en la lluita per formes específiques de domini i monopoli d'un tipus de capital eficient en el context en qüestió (Gutiérrez, 1997).

[29]"Sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a sus fines sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente 'reguladas' y 'regulares' sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta" (Bourdieu, 2008, p.86).

Si apliquem la idea d'*habitus* al camp de la masculinitat i les relacions de gènere, podem entendre com aquesta esdevindria *estructura estructurada*, alhhora que funcionaria també com a *estructura estructurant* (Bourdieu, 2008), situant els subjectes dins d'un sistema organitzat a partir de relacions, tant de verticalitat com d'horitzontalitat entre homes. Si ens centrem en la dimensió vertical -entenent aquesta com la més vinculada a una idea de masculinitat competitiva que busca dominar- existeix una lluita constant per la legitimitat entre les masculinitats subordinades i les dominants. Cada una d'elles es legitimaria a partir de creure que la seva masculinitat és la "natural" i la "verdadera". D'aquesta manera, fins i tot els homes que es troben en posicions subordinades en el camp de la masculinitat poden no veure la seva masculinitat com a subordinada o marginada, especialment si aquests operen en camps i dominis socials en els quals les accions i les disposicions d'altres homes són similars a les seves. Per tant, la masculinitat com a estratègia inconscient forma part de l'*habitus* dels homes, la qual és extrapolable i mal·leable en funció de cada context i situació, i productora de disposicions pràctiques i accions en situacions quotidianes (Coles, 2008). Bourdieu associa els *camps* a una dimensió més estable o fixa que l'*habitus*, ja que aquests es constitueixen com a estructures socials objectives, que tenen efectes sobre les pràctiques dels actors socials. En cada *camp* i *subcamp* es produeixen lluites per controlar els diferents tipus de capital i això distingeix els grups d'homes dominants i els d'homes subordinats. Això passa, segons Coles (2008), també en aquells camps de les masculinitats subordindades i subalternitzades per part de la MH. O dit d'altra manera, en aquells contextos que aparentment quedarien exclosos de la MH. És a dir, en aquests contextos "where the concept of hegemonic masculinity is currently lacking", on la "ability to account for other dominant masculinities that exist in fields overlapping with the field of masculinity and subfields within the field of masculinity" (Coles, 2009, p.41).

Per aprofundir i entendre aquesta relació de solapament entre diferents relacions d'hegemonia i subalternat, posem l'exemple de l'etnografia que presentem aquí, on el *camp* seria la masculinitat i el *subcamp* seria el patiment mental i els dispositius que el *psiquiatritzen*. En aquest subcamp hi trobem una forma de masculinitat *psiquiatrizada* predominant que és subalterna respecte a l'hegemònica. Aquesta, malgrat varia, té com a denominador comú la vulnerabilitat, la dependència -resultant d'un itinerari marcat pel patiment i/o violència institucional-, l'estigma associat al mostrar-se "dèbil", juntament amb altres característiques que anirem desglossant durant l'etnografia. Per tant, tal i com passava en l'exemple de Coles sobre els homes gais, els nois amb un diagnòstic queden exclosos de la masculinitat hegemònica per diferents motius (no poden exercir de *proveïdors* o ser

autosuficients perquè són sovint exclosos del mercat laboral, entre d'altres elements). Tot i això, dins d'aquest *supcamp* de la salut mental apareixen noves relacions d'hegemonia-subalternitat que situaran els nois, en funció del seu *habitus*, en una posició més o menys privilegiada. Aquestes evidentment estaran en relació (causa i conseqüència) amb el model de masculinitat hegemònica socialment compartit. Una de les preguntes que intentarem respondre a partir de l'etnografia té a veure amb quines característiques personals situen els nois en la *sub-hegemonia* i quines en la *sub-subalternitat* i si aquestes són les mateixes o difereixen respecte les relacions d'hegemonia-subalternitat que van més enllà del camp *estudiat,* i per tant, abasten la masculinitat jove en un context com el nostre. La nostra hipòtesi de partida, com diu Coles (2009) és que existeix una superposició de relacions d'hegemonia-subalternitat que s'influencien mútuament. I afegiríem, que aquesta influència no només es dona de d'alt a baix sinó que, com hem vist anteriorment, també les masculinitats subordinades poden generar o influir sobre nous models hegemònics. Per tant, la teorització posterior a la proposta de Connell de MH ens permet complexitzar més l'anàlisi i parlar més aviat de *múltiples masculinitats dominants* (Coles, 2009). Aquest plantejament accedeix a com les relacions d'hegemonia-subalternitat es sobreposen i es negocien en cada *camp-subcamp* o context, establint relacions entre estructura i situacions quotidianes. A continuació presentem l''esquema de Coles (2009, p.40) que farem servir per a la descripció etnogràfica, on queda més clara aquesta proposta conceptual:

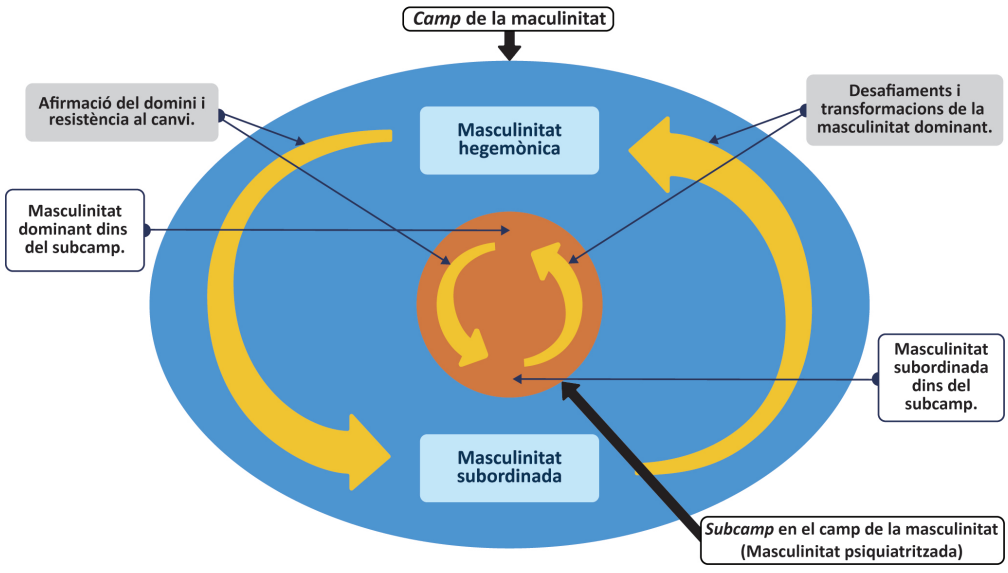



*Figura 2. Camps i subcamps de la MH. Elaboració i traducció pròpies en base a l'esquema de Coles (2009).*

En aquest esquema veiem, de manera gràfica, com interactuen les formes de masculinitats hegemòniques i les subordinades de manera bidireccional (resistències i continuïtats, d'una banda, i transformacions, de l'altra). I això passa a dos nivells, al nivell de la comunitat o societat en qüestió. I a un segon nivell més *micro*, que ens interessa especialment perquè és on ubiquem el nostre subcamp d'estudi (nois joves *psiquiatritzats*) de manera particular. El que és més rellevant de la proposta de Coles (2009), segons el nostre punt de vista, té a veure amb les relacions que s'estableixen entre els dos nivells, on el subcamp s'insereix dins d'un procés d'hibridació (amb continuïtats i discontinuïtats) més ampli.

La darrera metàfora i la més recent que ens pot servir per explicar l'evolució de la masculinitat i les seves continuïtats/discontinuïtats és la idea de *Sticky masculinity* (masculinitat enganxosa) que proposa Kalle Berggren (2014)[30]. Aquesta noció *postestructuralista* està basada en la idea que els subjectes masculins i les seves posicions es construeixen i negocien entre el discurs, les normes culturals i el poder, d'una banda. I a partir de les experiències viscudes, de l'altra. La masculinitat no es pot explicar sense aquestes dues potes. De fet, Berggren proposa la *Sticky masculinity* com a mitjà per incloure l'experiència viscuda que han deixat enrere les teories de la masculinitat hegemònica, però també aquelles que parlen de masculinitat híbrida. Sense parlar d'agència, fa referència a la capacitat de negociació dels subjectes llegits com a homes.  Existeixen molts discursos diferents sobre la posició que han d'ocupar els homes en el món social, segons Berggren, i és la repetició d'aquelles idees o pràctiques que s'*enganxen* a un cos, que és llegit com  a masculí, cosa que faria que es generés un patró de masculinitat, el qual pot canviar, però sempre a partir de la repetició i la imitació:

> " […] thinking of masculinity as 'sticky'. Bodies culturally read as "men" are oriented toward the culturally established signs of "masculinity," such as hardness and violence. The repeated sticking together of certain bodies and signs in this way is what creates masculine subjectivity. This is always a contested, variable, and uncertain process, but one in which the repeated enactment of masculinity tends to be sticky and naturalize."(Berggren, 2014, p.245).

[30]Berggren (2014) va estudiar els cantants de *hip hop* homes i joves a Suècia i les seves lletres durant dues dècades. Una de les seves conclusions és que malgrat les lletres criticaven el racisme i el classisme, reproduïen idees normatives i estereotipades sobre sexualitat i gènere. Molt en la línia de l'exemple que hem posat amb anterioritat.

La proposta de *masculinitat enganxosa* va associada a una crítica que es fa als MMS que es basen en la producció constant de nous models de masculinitat, no perquè aquesta proliferació de categories no tinguin impacte en la construcció de les masculinitats, sinó perquè invisibilitza de nou aspectes que tenen a veure amb el poder i la dominació. A diferència del que passa en la majoria d'estudis feministes, centrats en com les estructures de poder, les desigualtats i les violències condicionen la vida de les dones en diferents camps, sembla que els estudis sobre masculinitats generen un nou model cada vegada que algunes pràctiques no encaixen amb l'anterior. Waling (2019) posa l'exemple de la masculinitat *metrosexual* introduïda l'any 1994 pel periodista Mark Simpson. La irrupció de la qual respon a interessos comercials i, per tant, a un gir neoliberal i socioeconòmic (Sender, 2006) que busca generar un nou model de masculinitat basat en la cultura de l'esport, la importància de la imatge i certa *feminització* de les pràctiques masculines a nivell estètic.

Aquesta proliferació del tipus de masculinitat que els homes poden *performar* situaria a les persones amb una identitat de gènere masculina en la possibilitat d'escollir entre el que es va anomenar *hard masculinity* (Breu, 2005; Malin, 2010; Ogdon, 1992) basada en l'estoïcisme, el treball dur i l'agressivitat, o una *soft masculinity* (Heath, 2003; Holyoake, 2002) basada en la criança, les cures i certa feminització de determinades pràctiques. Andrea Waling (2019) parla de tres problemes principals davant d'aquesta multiplicació de models i possibilitats de ser home. En primer lloc, provoca un "disembody" dels homes respecte a la masculinitat (McCarry, 2007) i per tant una certa *desresponsabilització*. Tots ens podem adherir a una masculinitat diferent a l'hegemònica (i tenim un ampli assortit d'opcions per fer-ho), per tant ningú és responsable d'aquesta. Es produeix una maniobra d'*alteritització* de la masculinitat tòxica (maniobra que es manifesta normalment a través d'altres eixos d'opressió-privilegi interseccionals; *els masclistes són els homes de classe baixa, els masclistes són els de fora,* etc.) que dilueix la responsabilitat i dificulta la transformació de l'estructura social jeràrquica.

En segon lloc, i tal i com dèiem, aquesta proliferació de tipologies no es dona en el camp del feminisme que estudia les dones i la feminitat i cal preguntar-se perquè. Més aviat, les feministes exploren com les dones es comprometen amb les construccions i les pràctiques de la feminitat i reflexionen constantment sobre si aquestes pràctiques poden ser opressives, alliberadores o una complicada combinació entre ambdues (McGladrey, 2015). Aquelles que s'han conegut com a tercera i quarta onada del feminisme se centren també en la

subjectivitat, la reflexivitat i les tendències culturals/estructurals, més que en posar noms a diferents tipus de feminitats (Beasley, 2014). Mentrestant, la creació de constants tipologies noves per definir diferents pràctiques masculines dins dels *Men's studies* estaria reproduint el privilegi, principalment a partir de la veneració d'allò *nou.* Es produeix una desvalorització de les antigues teories (feministes parlant de poder i dominació) i es privilegien els acadèmics (i algunes acadèmiques) que *porten la iniciativa* i innoven en quant a les categories a partir de les quals nombrar i estudiar les relacions de gènere.

L' impacte que ha tingut en el nostre context la idea de *Noves masculinitats* és un exemple d'aquesta reproducció del privilegi a partir de la idea de novetat (molt arrelada a una idea de progrés econòmic que valora la novetat per sobre de tot). Sense pretendre treure valor a moltes de les aportacions que s'han fet des dels moviments d'homes en favor de la igualtat, em permeto problematitzar aquí -a partir de la meva experiència personal com assistent a jornades, grups de treball, conferències i seminaris sobre masculinitats- com a partir d'un determinat moment (anys 80-90, tot i que pot variar en funció del context) per parlar de feminismes calia incloure alguna referència a les noves masculinitats. Si no era així, semblava que el feminisme que denunciava les desigualtats i la dominació s'hagués quedat enrere, com antiquat. El feminisme ja no era nou, la novetat que calia aplaudir eren els homes que lluitaven per la igualtat, i espero que s'entendrà el to irònic de la frase. Allò *nou* tenia a veure amb el subjecte que estava enunciant aquesta novetat, en aquest cas, un subjecte blanc-heterosexual-ric, etc. que ocupava el protagonisme i la centralitat en una societat *familiarista* i organitzada segons el gènere, la classe, la procedència i un model *capacitista* (Aspiazu, 2017). Però, com aporta Messner (1993), les noves formes de masculinitat volen dir també noves formes d'alteritat. Passa el mateix amb la noció de *masculinitats alternatives,* concepte menys estudiat segons Carabí i Armengol (2015), si el fem servir sense problematitzar-ne l'ús i el seu significat. El context històric ha canviat en certa manera en els últims anys i el(s) feminisme(s) tornen a ocupar l'espai que els hi correspon. I no vull dir amb aquest exemple que no sigui important visibilitzar referents de masculinitat que qüestionin la masculinitat hegemònica (amb tots els problemes d'indefinició que comporta el concepte i que estem analitzant aquí), més aviat vull problematitzar aquesta proliferació de *noves identitats masculines* per poder analitzar així la reproducció de certs privilegis que s'hi vincula.

Per recapitular, no estem treient importància a la necessitat de qüestionar la poca capacitat d'adaptació de determinades propostes teòriques com la MH, per generar noves eines més

dinàmiques i que contemplin la transformació i la dimensió relacional. Però cal també, durant aquest procés, posar en dubte i problematitzar l'ús polític que se'n fa d'aquestes "noves" tipologies per no caure en debats purament identitaris, sinó poder analitzar les conseqüències materials i simbòliques d'aquestes transformacions. Com diu Aspiazu (2017):

> "establecer una dicotomia entre el hombre-varón-masculino por un lado y las nuevas masculinidades por el otro resulta una reducción de los procesos de cambios en las relaciones de género a la cuestión de la identidad, y una vez entrado en este terreno, una simplificación de los procesos complejos en los que ésta se transforma" (p. 37).

Sobretot, en aquest punt i vinculant-ho amb el tercer aspecte que presentem a continuació, la nostra proposta és poder parlar d'hegemonia i masculinitat més enllà de les tipologies i els compartiments estancs, amb la voluntat d'aplicar una dimensió més aviat de *contínuum*. Pretenem que ens serveixi per generar eines útils en termes d'anàlisi de les masculinitats a partir de mesurar grau d'adherència (o no) al model hegemònic de les pràctiques masculines o executades per homes. Creiem que pot ser més operatiu analíticament parlar de grau d'adherència o grau de llunyania respecte al model (un model o models canviants en funció del context). Les tipologies poden ser útils en un determinat moment però, com veurem a continuació, generen problemes que podem evitar a partir d'una conceptualització basada en la idea de *contínuum*.

En tercer i últim lloc, segons Wailing (2019), aquesta proliferació de tipologies o categories masculines, estaria fallant a l'hora d'analitzar i focalitzar-se en la capacitat d'agència i reflexió dels homes respecte la construcció de masculinitat i respecte les pràctiques masculines. En aquest sentit, en els darrers anys han aparegut alguns treballs que proposen estudiar les formes "positives" de masculinitat (Golding, Kimberley, Foley i Brown, 2008; Lomas, Cartwright, Edginton i Ridge, 2015), els quals es basen en la idea que MH no té perquè voler dir masculinitat desigual, dominant i violenta. És a dir, que pot generar-se un model de masculinitat o un ideal cultural basat en valors d'equitat.

Més enllà de les diferents propostes conceptuals i metafòriques que pretenen donar compte de les transformacions i les continuïtats en el sí de la masculinitat, la pregunta que cal fer-se, per tant, és quines d'aquestes masculinitats *híbrides*, *mosaic*, *enganxoses, etc.*

desafien la desigualtat i quines la legitimen de nou. Segons la literatura bibliogràfica, hi trobem, fonamentalment, tres tipus de resposta (Bridges i Pascoe, 2014):

Les primeres mostren el seu escepticisme davant de la proposta i es pregunten si aporten quelcom nou respecte a la variació local de la MH sobre la qual parlen Connell i Messerschmidt (2005).

Les segones, argumenten que les masculinitats *híbrides* són culturalment dominants i les desigualtats estant disminuint, això voldria dir, per tant, que les identitats i les relacions masculines ja no es basen tant en aquest principi d'iniquitat (Anderson 2009; McCormack 2012, per exemple).
En tercer lloc, la majoria de les investigacions i teories defensen que la noció (o nocions) de masculinitat *híbrida* s'ha estès molt.

Bridges i Pascoe (2014) plantegen també tres conseqüències de l'aparició de la masculinitats *híbrides*:

*Distància discursiva*: a través d'aquesta hibridat i d'una certa *feminització* (Barber, 2008) d'alguns aspectes superficials, els homes blancs, heterosexuals i rics es distancien i no és reconeixen com a part de la MH. Té a veure amb aquestes maniobres d'*alterització* de les quals parlàvem anteriorment. Les autores posen com a exemple, els homes que van a manifestacions feministes Bridges (2010), o homes famosos que expressen emocions en públic. Aquest procés situa una distància simbòlica entre homes privilegiats i els homes de classe baixa, *racialitzats,* etc. Situant en aquests últims la masculinitat misògina i reproductora de desigualtats.

*Apropiació estratègica*: Aquesta té a veure amb el moviment que fan alguns homes que ocupen categories socials privilegiades quan estratègicament es reapropien d'algunes característiques de les masculinitats subordinades o marginades (Demetriou, 2001; Bird's, 1996; Grazian's, 2007; Arxer, 2011, entre d'altres), per situar-se simbòlicament en el lloc dels grups subordinats sense ser-hi, ni renunciar als privilegis. En altres paraules, homes que es presenten públicament com a víctimes (Messner, 1993). Aquesta apropiació es va fer amb la suposada sensibilitat dels homes gais i amb elements de les masculinitats *racialitzades*. L'exemple que hem posat abans sobre el rap encaixaria en aquesta apropiació.

*Enfortint les fronteres*: Un estil visible de masculinitat igualitària i més "cultivada" pot conviure amb una base on el privilegi i el poder no són posats en qüestió, fent palès que formes de masculinitat més *suaus* no equivalen a formes de masculinitat més emancipadores per a les dones, o fins i tot, poden amagar una usurpació dels seus drets (Donovan, 1998). Per tant, aquesta incorporació de certs elements de masculinitats menys poderoses i el procés d'hibridació dels homes blancs poden confondre o ocultar els límits simbòlics i socials entre grups, els quals depenen de les seves pràctiques. En aquest sentit, Pascoe (2007) analitza la funció social que té la idea de *marica* entre els adolescents nord-americans nois en termes de construcció identitària, arribant a la conclusió que moltes vegades no s'insulta als gais, però es fan bromes homòfobes entres ells per reafirmar la seva heterosexualitat/masculinitat, la qual cosa podem entendre com una forma d'*hibridació* d'un model de masculinitat basat en l'homofòbia. Un exemple en què la masculinitat híbrida reforça les fronteres amb *altres* masculinitats, el que també es coneix com a homofòbia liberal. I és que no hem d'oblidar que la masculinitat es construeix en base a la negació i el rebuig de l'altre o el rebuig a allò no-masculí, representat principalment per la feminitat i l'homosexualitat. Als anys 70, Brannon (1976) ja parlava del *no sissy stuff* (no tenir res de dona) com un dels pilars de la masculinitat. Passa el mateix amb els homes heterosexuals que comencen a tenir sexe amb nois. Segons Ward (2008), per defensar i protegir la masculinitat que es posada en dubte com a conseqüència de pràctiques homosexuals, es flexibilitzen els límits alhora que s'estan reforçant. I això es fa a partir de preceptes igualment homòfobs; d'estigmatitzar al gai "*passiu"* sexualment, que ocuparia un rol femení i legitimaria de la masculinitat d'aquell que penetra, i el seu poder respecte els que són penetrats. Un darrer exemple seria el de les *noves paternitats*, segons Messner (1993) aquestes només impliquen un estil diferent de paternitat, sense desafiar *per se* les desigualtats de gènere dins el context familiar. Un altre exemple de com "A great deal of research finds that hybrid masculine practices often work in ways that fortify symbolic and social boundaries, perpetuating social hierarchies in new (and "softer") ways" (Bridges i Pascoe, 2014, p.255).

En contraposició a les masculinitats híbrides i a la crítica que s'ha fet a les mateixes, hi ha autors com Eric Anderson (2009) que prefereixen donar una visió més "optimista" dels canvis esdevinguts en la masculinitat durant les últimes dècades. Cal tenir en compte que aquest autor va aconseguir tenir gran ressò internacional (especialment en el món anglosaxó) a través del seu llibre *Inclusive Masculinity: The Changing Nature of Masculinities*. Anderson

(2009) es basa en la mateix premissa, segons la qual la masculinitat s'estructura a partir de la negació externa de l'*altre* (homes homosexuals i dones). Però en aquest cas, el concepte de *masculinitat inclusiva* pretén posar en dubte o qüestionar la majoria dels MMS basats en la idea de masculinitat hegemònica per introduir, a través de diferents etnografies fetes amb nois universitaris i atletes estatunidencs, la idea que la masculinitat està canviant i que existeix una nova masculinitat inclusiva, que no es caracteritza per ser homofòbica ni misògina. La seva teoria es basa principalment en la hipòtesi que el decreixement del que anomena "homohysteria'' (la por dels homes heterosexuals de convertir-se en homosexuals) i l'obertura per part de molts homes a les relacions sexuals homosexuals han permès desenvolupar una masculinitat més suau, més expressiva i més agradable (Anderson, 2009, p.7). L'èxit d'aquesta teoria i aquest concepte, segons Kathy Davis (2008), té a veure amb quatre factors: esdevé una alternativa a la teoria de la MH, és fàcilment aplicable i comprensible, es confon amb les expectatives d'una reducció de l'homofòbia i convida a futures recerques a investigar el fenomen.

En el nostre cas, el que ens interessa destacar són algunes de les crítiques que s'han fet a la teoria d'Andersen, les quals ens serveixen per fonamentar o consolidar la idea de *masculinitat híbrida* -i els matisos aportats- com a proposta conceptual, més adaptada al nostre context etnogràfic.

Una de les crítiques principals que plantegen autores feministes com Rachel O'Neill (2015) és que, de nou, ens trobem davant d'una proposta teòrica que treu el focus de les relacions de poder i el posa en allò que Anthony McMahon's (1993) anomena la ''psychologization'' de l'estructura, en aquest cas de gènere i de poder. Segons McMahon's, aquesta *psicologització* del gènere, la qual ja apareix en obres d'orientació psicoanalítica com *The reproduction of mothering* de Nancy Chodorow's (1978), facilita que els homes neguin la seva agència en el manteniment del patriarcat i els seus privilegis, alhora que allunya del centre del debat les pràctiques dels homes per situar-lo en una idea de masculinitat reificada. Es mantindria així la idea d'una estructura que es reprodueix sense agent (McMahon, 1993). El que fa Andersen és triar corrents teòriques que se centrin en els costos de la masculinitat pels homes -*Myth of Male Powe*r (Farrell, 1994), entre d'altres. Aquestes teories defensen que la idea del patriarcat, la "sexual politic" i molts dels postulats del feminisme –expressats *en negatiu*- estan superats. Això inclouria el concepte de MH, el qual veuen com a poc útil per analitzar les masculinitats contemporànies i com a extensió de les teories feministes

del patriarcat. Una crítica a la idea de MH molt diferent a aquelles que s'han plantejat anteriorment (per part d'autores com Beasley 2008; Hearn 2004; Wetherell i Edley 1999) que es fonamenta en considerar la MH com un invent del passat, basat en el model masculinitat que veien autors/es com R. W. Connell, Michael Kimmel o Michael Messner quan van desenvolupar la teoria, però que segons Andersen ja no serveixen. D'aquesta manera, es basa en un argument semblant la necessitat d'actualitzar una MH estàtica i en permanent transformació, però aquesta vegada no per entendre les noves lògiques de dominació sinó per minimitzar-ne el seu abast. Andersen (2009) es basa en l'obra de Kimmel (1994) per explicar la relació entre masculinitat i homofòbia, però pràcticament no parla de la relació entre heterosexualitat i masculinitat. De la mateixa manera, deixa de tenir en compte la connexió entre relacions de poder relatives al gènere i l'heterosexualitat, tot i les evidències que l'accés sexual al cos de les dones segueix desenvolupant un paper clar en l'organització de les sexualitats masculines i les pràctiques dels homes (Pascoe, 2007; Richardson, 2010).

Per tant, partim de la idea que determinats discursos i anàlisis, com el de la masculinitat inclusiva, que es basen en l'*optimisme fàcil* (O'Neill, 2015, p.116) simplifiquen la realitat i treuen del centre de la discussió la relació de dominació. És per això que ens cal una proposta teòrica, en el nostre cas parlem de *masculinitats híbrides*, que permeti analitzar els canvis –en funció del context històric i cultural- que es van produint en el camp de les masculinitats i dins les relacions de gènere, però que no perdi de vista els referents feministes i postfeministes, els quals són qui garantiran un marc d'anàlisi que no invisibilitzi o simplifiqui les estructures de dominació existents i els seus efectes.

Per tancar aquest apartat, ens agradaria aportar un darrer element a la discussió entorn a la MH i a la construcció de nous paradigmes més híbrids i més capaços de comprendre les transformacions, les relacions entre estructura i agència i les seves contradiccions. Si volem analitzar de manera complexa els discursos i les pràctiques masculines o fetes per homes, hem de contemplar el desenvolupament de tipus de masculinitats diferents per part d'un mateix subjecte en funció del context. Dit en altres paraules, ens trobarem amb homes que representen la MH i la no hegemònica o la resistent i la còmplice alhora. En aquesta direcció, Christian Groes-Grenn (2012) ha estudiat el que denomina *masculinitats alternatives* amb nois joves de Maputo (Moçambic), posant al centre que no es poden estudiar les configuracions alternatives sense ignorar les seves manifestacions contradictòries (2012).

Wetherell i Edley (1999) també aborden aquestes contradiccions a partir d'estudiar la MH en un context més micro, a partir del que anomenen posicions imaginàries i pràctiques psico-discursives[31]. Lacan deia que l'ordre simbòlic del discurs es construeix a partir d'una constant creació de subjectes il·lusoris. El subjecte es construeix així un *self* coherent, però il·lusori que amaga una subjectivitat molt més contradictòria i fragmentada. És aquí, en la dimensió subjectiva, que apareixen les contradiccions, els conflictes i les tensions entre diferents formes d'hegemonia (masculina):

> "It is also unclear whether there is only one hegemonic strategy at any point in time or whether hegemonic strategies can vary across different parts of a social formation, creating conflicts or tensions for individual men between different hegemonic forms as they move across social practices" (2012, p.337).

A partir del seu estudi situen tres posicions Wetherell i Edley (1999): en primer lloc, tenim les "negotiating positions" on hi trobem la identificació amb una idea imaginària de masculinitat molt propera a la MH. La segona i la tercera posició tindrien un caràcter més mixt. En segon lloc, parlen d'"ordinary positions", que són aquells discursos que busquen la normalitat. En aquests apareix un rebuig respecte a la masculinitat tòxica i es busca una espècie de terme mig, no es defineixen ni com a masculins, ni com a masculinitats alternatives. En tercer lloc, parlen de "rebellious positions", en aquest cas apareix una disconformitat amb el model hegemònic, es reconeixen transgressions de gènere amb orgull i és parla molt de ser un mateix. La contradicció, en aquest cas, apareix relacionada amb una idea de masculinitat molt autosuficient, que decideix independentment d'allò que els altres pensin.

## 1.6. | Per concloure

Des de la *sex role theory* fins avui (últims 60 anys), la teoria de gènere i, més en concret, els estudis sobre masculinitat (MMS) s'han desenvolupat teòricament de manera exponencial i això ha permès generar eines analítiques cada vegada amb més capacitat de problematitzar i estudiar comunitats complexes en constant procés de canvi. Segurament, una de les aportacions més importants en aquest sentit va ser la teoria de Connell i la seva MH, la qual va obrir la porta a un ampli ventall d'estudis i investigacions sobre la (o les) masculinitat(s),

sense precedents. Moltes d'aquestes, amb l'objectiu d'aportar matisos per a superar certes simplificacions o limitacions associades al concepte ens han permès crear un cos teòric capaç de complementar el concepte per fer-lo més operatiu i adaptable. Un entramat teòric prou dens per abordar amb precaucions i complexitat les pràctiques i discursos masculins. Tot i això, encara segueix sent un àmbit acadèmic i de producció de coneixement molt residual en comparació amb d'altres disciplines. Si ens centrem en la producció antropològica en el nostre context sobre el tema, i encara més si aquesta és escrita en català, els estudis en aquest sentit brillen per la seva absència.

En aquest capítol hem volgut sintetitzar algunes de les aportacions principals en aquest camp, especialment provinents del món anglosaxó (però no només), posant l'èmfasi en aquelles que ens resultaran més operatives per establir un diàleg amb les dades extretes a partir del nostre treball de camp. Partim en aquest capítol d'algunes idees centrals i de caire més generalista per veure com després (proper capítol) s'apliquen al nostre camp d'estudi. I tornem en tot moment a una idea que apareix de manera transversal en moltes de les propostes que hem analitzat fins aquí. I és que els estudis sobre les masculinitats són una conseqüència dels estudis feministes, tenen com a objectiu analitzar les relacions de poder per transformar-les. En aquest cas, es tracta d'un punt de partida que ens servirà per analitzar com aquestes operen en un àmbit com el del patiment mental.

Aquests idees les podem resumir en tres aportacions principals, no precisament noves però sí poc aplicades al nostre context d'estudi. La primera és que el gènere i la masculinitat són construccions culturals normatives que organitzen i estratifiquen la societat (en termes d'hegemonia i subalternitat) on s'insereix la nostra investigació a nivell econòmic, polític i social. En segon lloc, aquestes relacions d'hegemonia-subalternitat necessiten d'elements de flexibilitat i transaccions per perdurar, però també per transformar-se. Això ens porta a entendre l'hegemonia masculina (i l'hegemonia dels homes, segons Hearn, 2004) i les relacions entre diferents maneres d'exercir la masculinitat, com a construcció sempre híbrida i sempre composta per elements de continuïtat i de ruptura. En tercer i últim lloc, la masculinitat com a dispositiu que produeix formes de relació i de poder a nivell simbòlic (entre homes i dones, entre homes i homes i entre dones i dones) es basa en un conjunt de pràctiques materials i corporalitzades que es repeteixen i que, per tant, tenen una dimensió performativa. I és des d'aquest *fer gènere* des del qual podem presentar el següent tema:

l'estudi del patiment mental masculí, masculinitzat o protagonitzat per homes. En el proper capítol volem situar alguns elements fonamentals per entendre les formes de patir, gestionar el patiment, emmalaltir i, fins i tot, morir com a pràctiques *genèriques*. Perquè *fent salut* també s'està *fent gènere.*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# 2 MASCULINITAT(S) I PATIMENT MENTAL

## 2.1. | Masculinitats i salut

Segons Lomas (2007), a part del vigor i la força, les característiques del model de masculinitat hegemònic (MMH) són "la indiferencia ante el dolor físico, el afán de aventura, la ostentación heterosexual, la ocultación de los sentimientos y de las emociones (matisaríem que aquesta ocultació no inclou la ràbia, fonamental per entendre la relació entre masculinitat i agressivitat o violència), la competencia y el enfrentamiento, o el espíritu de conquista y de seducción del otro sexo" (p.95). En aquest capítol ens centrarem en les conseqüències d'aquest conjunt d'atributs (i les seves transformacions) sobre la salut dels homes i especialment en la literatura teòrica i empírica que aborda la relació entre masculinitat i patiment psíquic. Per fer aquest anàlisi és imprescindible, al nostre entendre, partir d'una perspectiva relacional que contempli les conseqüències materials i simbòliques d'aquest model en relació a les dones, però també envers les masculinitats dissidents (o no-hegemòniques) i les identitats no binàries. Partim de la voluntat d'intentar entendre com els homes utilitzen la salut per demostrar la MH i per obtenir capital masculí (Anderson, 2005 i Conroy i Visser, 2013), però també de com la MH genera o interfereix en el patiment subjectiu de les persones socialitzades com a homes[32].

La masculinitat com a construcció *generitzada* ens porta a recapitular breument, tot i que no de manera exhaustiva, sobre els estudis que s'han plantejat en el camp de gènere i la salut. Velasco (2007) ens parla de tres corrents principals. El primer l'anomena "la salut de les dones" (Arber i Thomas, 2001) i es basa en la necessitat d'atenció i de morbiditat diferencial de les dones (Valls-Llobet, 2011), la qual cosa porta a criticar l'androcentrisme en la medicina, l'atenció a la salut reproductiva i la medicalització del seu abordatge (Ortiz-Gómez, 2006; Riska, 2000). Això ens porta, en segon lloc, a l'estudi analític –sobretot a partir de la dècada dels 80– dels factors subjacents dels processos de salut/malaltia/atenció de les dones i a l'impacte de les desigualtats i les violències de gènere sobre la seva salut, temes

[32] És difícil acotar el subjecte masculí sense caure en binarisme o una designació que redueixi la masculinitat a la correspondència entre sexe i gènere (i aquesta és una de les crítiques que ha aparegut en el segon capítol respecte a la idea de MH i respecte als Men's studies en general). Per aquest motiu en aquest capítol parlarem de socialització masculina per referir-nos, d'una banda, a totes les persones que en algun moment hagin estat llegides socialment com a homes o identificades com a homes, però també de la masculinitat com a construcció sociohistòrica que té impacte sobre els processos de salut/patiment psíquic a nivell més general.

que, juntament amb les violències contra el col·lectiu LGTB, comencen a ser d'interès i a diversificar l'objecte d'estudi d'aquest tipus d'anàlisi. En tercer lloc, des dels anys 70 alguns autors i autores comencen a posar de manifest que la conformitat respecte a la masculinitat dominant suposa un augment de riscos per a la salut física i l'empobriment emocional dels homes (Farrell, 1975; Feigen-Fasteau, 1974), etiologia que es trobaria també en l'origen de determinades malalties i accidents mortals (Sabo, 2000).

Per entendre aquest darrer corrent centrat en la salut masculina, Courtenay (2000) fa referència a tres moments o plantejaments teòrics respecte al camp que ens ocupa. En primer lloc, hi trobem, com analitzàvem en el capítol anterior, la *sex male theory* (Goldberg, 1976; Nathanson, 1977; Harrison, 1978; Verbrugge, 1985; Harrison, Chin, Ficarroto, 1992) el problema de la qual es resumeix, segons Kimmel, en una representació de l'ordre de gènere com a "two fixed, static and mutually exclusive role containers" (1986, p.521). En segon lloc, hi trobem un corrent que posa al centre la socialització de gènere (Pleck, 1981; Deaux, 1984; Gerson i Peiss, 1985; Kimmel, 1986; West i Zimmerman 1987; Epstein, 1988; Messerschmidt, 1993; Connell, 1995) i els estudis al voltant de l'aprenentatge de la masculinitat, els quals permeten entendre l'impacte que tenen estereotips de gènere com la fortalesa, l'autosuficiència, la duresa i la independència per a la salut d'homes (Williams i Best, 1990; Golombok i Fivush, 1994; Martin, 1995). En tercer lloc, el "doing of health" com a forma de "doing gender'' (Saltonstall, 1993, p.12), situa el focus en la interacció i les accions que confirmen i reprodueixen el gènere en el camp de la salut. La majoria d'aquests estudis provenen del món anglosaxó, tot i que en el nostre context apareixen també, durant els darrers anys, estudis específics sobre masculinitats i salut (Marcos, 2015). Una llista molt més llarga si parlem d'estudis sobre gènere i salut, però encara escassa si, com dèiem en el capítol anterior, busquem en el nostre context estudis sobre masculinitat i salut mental des de les ciències socials.

Seth Perkings (2015) ens posa l'exemple per entendre una de les direccions que pren aquesta relació entre salut i masculinitat. Proposa que ens imaginem un atleta o un esportista home que es lesiona o es fa mal però decideix igualment competir o jugar el partit decisiu en favor de la seva carrera professional, la victòria del seu equip i l'èxit. No hem de fer gaires esforços per imaginar com una acció d'aquest tipus generaria una resposta molt positiva per part del públic i els mitjans de comunicació, els quals valorarien, segons Perkings, l'heroïcitat d'aquest fet. En aquest exemple, apareix una determinada noció d'estoïcisme i duresa (tant

mental com física) associada a la masculinitat, compartida culturalment per tot un públic i que va molt clarament en detriment de la salut d'aquesta persona. En aquesta reacció del públic apareixen ideals culturals preexistents a l'arribada del nostre esportista, però que són reforçats i sobretot reproduïts a partir de l'ovació que aquest rebrà. Alhora segurament aquest esportista decidirà posar en risc la seva salut a canvi d'un reconeixement social que sap que trobarà com a conseqüència del seu sacrifici. No s'entendria que el públic no reaccionés amb elogi després d'una decisió d'aquestes característiques, és quasi una qüestió de *sentit comú.*

Com dèiem anteriorment, el sentit comú, del qual parlava Geertz (2001), és la construcció cultural que permet naturalitzar, en aquest cas, una determinada idea de salut masculina. En aquest estadi que aplaudeix s'està *fent gènere*, o millor dit, podríem dir que *fent salut s'està fent gènere* (Salonstall, 1993). Però aquest sentit comú no es redueix a una sola idea o missatge, moltes vegades es produeixen missatges contradictoris entre ells. En el cas de la salut dels homes, per exemple, apareix una contradicció entre un missatge que, com dèiem, té a veure amb el fet que seràs respectat pel teu estoïcisme i per anar demanar ajuda només quan sigui una qüestió de màxima emergència o gravetat. I alhora, hi ha una idea de preocupació respecte al fet que els homes no es responsabilitzen de la seva salut. Aquestes dues idees, segons l'estudi de Johnson, Oliffe, Kelly, Galdas, i Ogrodniczuk (2012) fins i tot conviuen en l'imaginari dels i les professionals de la salut.

L'exemple de l'esportista ens serveix per il·lustrar i introduir una relació enter gènere i salut que ha estat estudiada per l'antropologia en moltes ocasions. En relació als plantejaments i estudis feministes de la segona meitat del segle XX, les ciències socials en general i l'antropologia mèdica en concret, han permès conceptualitzar els processos de s/m/a com a fenòmens íntimament lligats a les representacions culturals i les estructures socials (Martínez-Hernáez, 2015; McElroy i Townsend, 1996). Aquestes contribucions permeten entendre la salut com un procés social, econòmic i polític (Kleinman, 2010; Blaxter, 1997). De manera paral·lela, hi ha un procés d'incorporació del gènere, com a part d'aquesta concepció de la salut socioeconòmica i política, a l'anàlisi d'aquests processos. Podríem dir que són dos processos simultanis i a l'hora casuals o, fins i tot, interdependents.

Per tant, malgrat que segueix existint una tendència relacionar gènere amb dones, podem afirmar que hi ha un augment creixent d'estudis que analitzen la salut dels homes des de la

seva situació i condició de gènere (Barker, Ricardo i Nascimento, 2007) i per tant, com a factor sociocultural (Esteban, 2006). En aquest sentit, la celebració a Viena del primer Congrés Mundial (2001) sobre salut dels homes de la OMS o la publicació de l'informe *What Men Have to Do with it: Public Policies to Promote Gender Equality* (ICRW/Instituto Promundo, 2009) són mostres d'aquest canvi. D'aquesta manera, i paulatinament, la masculinitat, tot i que encara de manera insuficient, se situa dins de l'agenda política com a factor explicatiu principalment de la salut dels homes, però no només. En aquesta sentit, partim de la necessitat de qüestionar determinats enfocaments sobre la relació entre masculinitat i salut, a partir dels quals es projecta la ficció segons la qual es poden estudiar els processos de s/m/a en clau de gènere separant homes i dones. Això seria partir d'un marc d'anàlisi *binarista*[33] (deixa fora altres identitats de gènere que no s'adscriuen al sistema sexe-gènere) que, sobretot, oblida la necessitat d'apropar-nos a la salut sense perdre de vista la interacció que es dona entre masculinitat i feminitat en l'àmbit de la salut, entre homes i dones en definitiva. West i Zeimmerman (2009) parlaven de la necessitat d'una teoria relacional per abordar aquest camp. Un marc d'anàlisi que expliqui com interactua la salut dels homes amb la de les dones, però que sobretot integri les relacions de poder existents entre homes – dones, homes – homes (masculinitats diverses) i heterosexualitat – sexualitat dissidents.

Tornem a parlar, per tant, de relacions de poder. Això vol dir defugir de determinats plantejaments que, a través de la idea dels *costos* que la masculinitat té per a la salut (Good, Sherron i Dillon, 2000), situen la masculinitat com una construcció monolítica o com a víctima d'un ordre de gènere injust, sense parlar dels privilegis, de dominació i de les contrapartides que té aquesta construcció masculina de la salut, posant l'èmfasi també en les conseqüències que té aquesta estructura més enllà dels subjectes homes. En aquest sentit, el correntdels Critical studies on men(Hearn, 2014), que hem descrit en el capítol anterior, ens serveix per situar els pilars sobre els quals volem plantejar aquest estudi, els quals estudien la relació entre gènere i salut a partir de tres principis: el gènere com a constructe social, el desafiament de les relacions de poder i el entendre/enfrontar l'hegemonia dels homes (Kimmel, Hearn, i Connell, 2005).

[33]Quan ens referim a un esquema binarista o binari ho fem per emfatitzar com es tracta d'un sistema que nega la possibilitat d'existència de tot allò que no encaixi en alguna de les dues opcions predeterminades. La dualitat, a diferència d'allò binari, marca dues opcions però contempla l'existència d'una escala de grisos entre els dos pols. Vegeu Segato (2016).

És possible que l'exemple de l'atleta o l'esportista ens doni una visió esbiaixada o massa simple de la relació entre salut i masculinitat, segons la qual com més a prop estigui una persona de l'ideal cultural de masculinitat més perjudicada o més en risc estarà. Però com es veurà en aquesta etnografia, la relació entre masculinitat i salut va molt més enllà d'una proporcionalitat directa, a més masculinitat dominant més salut, o d'una proporcionalitat indirecta, a més masculinitat dominant menys salut. Cal veure com aquesta dimensió s'articula amb d'altres elements (nivell socioeconòmic, edat, context, etc.) per comprendre'n la complexitat, però el que és innegable, i això intentarem mostrar en aquest capítol en base a la literatura existent, és que existeix aquesta relació i que per tant, la forma de viure la masculinitat i de practicar-la (en relació al model cultural) té un impacte per a la salut (mental) molt rellevant.

Explica Messerschmidt (1993), que els riscos cap a la salut associats a qualsevol forma de masculinitat depenen de si la persona representa o encarna una masculinitat hegemònica, marginada, còmplice o resistent. Però el que és més rellevant en el nostre cas és que "When men and boys are denied access to the social power and resources necessary for constructing hegemonic masculinity, they must seek other resources for constructing gender that validate their masculinity" (Messerschmidt, 1993,citat a Courtenay, 2000, p.1391). És a dir, que la relació entre masculinitat i salut es renegociarà en funció de cada context on es trobin els homes i en funció de les seves possibilitats o impossibilitats d'encarnar el model hegemònic. Per tant, fins i tot en determinats contextos on la masculinitat és *inhabitable*, ens serà útil parlar de les relacions entre les persones i els models hegemònics de gènere. I és que és especialment interessant veure com és en aquests contextos on apareixen el que Pyke (1996) va anomenar *masculinitat compensatòria.* Pràctiques que no s'han de confondre amb l'*encarnació* del model hegemònic, entre d'altres coses, perquè aquest model necessita d'una certa inaccessibilitat (ningú pot representar sempre i de manera absoluta la MH) per funcionar. Posem un exemple en aquest sentit: que un home afroamericà es mostri dur i fred, o que un home gai es mostri partidari de no utilitzar el preservatiu en les seves relacions sexuals no el converteix en MH (Courtenay, 2000), i cal entendre des d'aquesta lògica compensatòria moltes de les formes de relació amb la pròpia salut o el mateix malestar masculí. En definitiva, i segons el mateix autor, bé sigui de manera hegemònica o bé sigui de manera compensatòria, l'adherència a uns ideals hegemònics de masculinitat basats en la duresa i l'autosuficiència tenen conseqüències o comporten riscos que cal tenir en compte pel que fa la salut dels homes (Neff, Prihoda i Hoppe, 1991; Pleck, Sonenstein i Ku, 1994; Eisler, 1995; O'Neil, Good, i Holmes, 1995).

## 2.2. | Masculinitats i patiment mental

Pel que fa la salut mental o patiment psíquic/mental, és objectiu d'aquest estudi corroborar que el model de masculinitat hegemònic té un impacte fonamental en tot els processos de s/m/a protagonitzats per homes, sense perdre de vista els efectes i conseqüències d'aquestes hegemonies sobre la salut de les dones. Aquesta construcció *genèrica* condicionarà, en menor o major mesura, totes les formes d'expressar, atendre i donar resposta al malestar. Per això es dedica la major part d'aquest capítol a revisar alguns dels principals resultats empírics que demostren aquesta relació i introdueixen els aspectes fonamentals en els quals cal desgranar-la.

Per començar, la masculinitat hegemònica i les seves implicacions pel que fa les seves pràctiques –juntament amb la invisibilitat o negació del factor gènere a l'hora d'explicar la salut o patiment mental dels homes (Addis, 2008)– ha fet i fa que alguns autors, com per exemple Good i Wood (1995) parlin de la *double jeopardy* –o doble risc– que tenen alguns homes davant del patiment mental. D'una banda, pel propi patiment psíquic, i de l'altra, pel fet de no demanar ajuda o atenció quan aquest es produeix.

Però abans de seguir, dos matisos relatius a la idea de doble risc masculí. En primer lloc, és una locució enganyosa si la comparem o fem l'equivalència amb la doble discriminació que pateixen les dones en l'àmbit de la salut mental; per dones i per tenir un diagnòstic. En el cas dels homes aquest doble risc té una contrapartida en termes de privilegis i poder, cosa que no passa en el cas de les dones. D'altra banda, aquest esquema, el qual té impacte sobre l'atenció a la salut mental dels homes o persones socialitzades com a tal, és fruit o conseqüència d'una construcció del saber psiquiàtric de tradició androcèntrica, segons el qual "women cannot be well and men cannot be ill" (Annandale i Clark, 1996, p.32) i per tant d'un procés de patologització històric de tot allò associat a la feminitat. No oblidem que històricament els psiquiàtrics i els manicomis han servit com a espais de reclusió per a feminitats dissidents (dones *adúlteres, etc.)*, persones amb preferències sexuals no heterosexuals o identitats de gènere no normatives, la qual cosa té molt a veure amb el lloc que van ocupar primer les passions i després les emocions en la consolidació de la psiquiatria clínica com a disciplina durant els segles XIX i XX (López, 2016). Es produeix, durant aquests dos segles, una evolució dins la psiquiatria clínica, a partir de la qual es

substitueix el cos (emocions) per l'ànima (passions). Ambdues són vistes o tractades en base a criteris morals i androcèntrics (l'emoció s'entén com la versió incivilitzada de la racionalitat), fet que explicaria, en gran part, aquesta patologització de la feminitat i tot allò que s'hi associa com a manifestació de la no-homenia (homosexualitat masculina, transsexualitat etc.).

Dit això, podem afirmar que és un evidència que la construcció de gènere té efectes nocius per a la salut mental masculina. Per tant, els estereotips que confirmen la masculinitat hegemònica, com ara l'autosuficiència, la fortalesa o la invulnerabilitat (Addis i Mahalik, 2003; Evans, Frank, Oliffe, i Gregory, 2011; Pederson i Vogel, 2007), la pobra alfabetització en termes emocionals i de salut de la socialització masculina (Harding i Fox, 2014; Seidler, Dawes, Rice, Oliffe i Dhillon, 2016) condicionen les formes en què s'expressa el patiment dels homes i les formes com s'atén. Això explica que la tendència en els homes sigui la d'externalitzar els símptomes a partir del que s'ha conegut com l'*acting out* (violència, agressivitat, consum etc.), a diferència d'un "model femení" davant del patiment psíquic, que tendeix a la internalització dels símptomes o *acting in*; tristesa, culpa, plor etc. (Rice, Aucote, Eleftheriadis i Möller-Leimkühler, 2016; Rutz i Rihmer, 2009). Val la pena recordar que el gènere és una construcció cultural performativa i per tant artificial. Això fa que aquest patró de gènere sigui posat en dubte i contradit constantment per narratives o itineraris que no compleixen amb aquests patrons. Tot i això, per referir-nos a la construcció social dels trastorns mentals, sí que podem parlar de tendències de gènere clares que responen a la resposta cultural davant de les diferents maneres d'expressar el malestar. Per posar un exemple, hi ha algun estudi que demostra (tot i que en aquest cas caldria una actualització de les dades) que l'externalització dels símptomes en el cas dels homes és més acceptada que la seva internalització (Rosenfield, 1982). Al contrari passa amb les dones. Repetim que cal fer un ús prudent d'aquesta idea (homes = més externalització, dones = més internalització) que explica una tendència generalitzada però que també amaga o invisibilitza, en els estudis i a partir d'un esquema binari, molts casos de persones que surten d'aquest patró. Això fa que siguin molts menys estudiats els homes que internalitzen el malestar (Dena, Smith, Dawne i Elliott, 2018) i segurament també les dones que l'externalitzen, les quals, per tant, resulten excloses, més castigades (internades, sobremedicades etc.) o menys ateses a nivell analític i assistencial.

Però si volem fer una anàlisi acurada de la relació entre gènere i salut mental, no parlarem tant d'identitat de gènere[34] com d'adherència al model o models hegemònics. Com passa en la relació entre salut i masculinitat (i ho apuntàvem en el darrer apartat) en els estudis sobre masculinitats i salut mental, podem parlar de dues perspectives (Wong, Moon-Ho, Wang i Miller, 2016). Una primera que estableix una relació negativa entre masculinitat i salut mental, és a dir, com més adherència al model més patiment i més diagnòstic[35]. I una segona, que considera les normes de gènere (en relació als estereotips, socialització, etc.) com a elements que poden ser problemàtics, però també beneficiosos en funció del context (Mahalik *et al*., 2003).

Una de les darreres metanàlisis destacades (Wong *et al.*, 2016) a nivell internacional i basada en una mostra de 19453 participants –sumant tots els estudis que analitza–, reafirma aquesta relació inversament proporcional entre conformitat amb les normes de la masculinitat (hegemònica) i patiment mental o demanda d'atenció/ajuda psicològica, una relació modesta però molt generalitzada que ens diu que com més s'adapta una persona a les normes hegemòniques més problemes de salut mental pot tenir i més dificultats tindrà per demanar ajuda o fer ús de la xarxa de salut. Això confirma altres estudis previs, com el d'O'Neil (2012) i demostra aquesta relació de manera clara. Amb això no volem dir que en determinats contextos (en termes d'autoestima, privilegis etc.) l'adherència al model de masculinitat tingui un impacte positiu per la salut mental, sobretot en comparació amb identitats molt menys privilegiades, però sí que reforçaria la hipòtesi que la masculinitat té efectes negatius per a la salut mental de les persones socialitzades com a homes.

Com hem enunciat, els homes tenen més tendència a l'externalització (Rice, Fallon, Aucote, Möller-Leimkühler, Treeby i Amminger, 2015), i això és tradueix en repressió, ocultament

[34]Sabem, gràcies a les aportacions teòriques de la teoria queer, que tenir una identitat masculina pot ser equivalent, o no, a tenir una expressió de gènere masculina i pot tenir relació o no amb la preferència sexual. Aquest entramat està normativitzat a partir d'una idea binària i heterosexista, però cal separar, en termes analítics, i aquest és un dels objectius del present estudi, la identitat de gènere de com s'expressa el gènere. Partim de la idea que el que determinarà els itineraris de s/m/a no serà la identitat, sinó l'expressió d'aquest gènere i la seva adherència o no al model hegemònic, malgrat que aquestes dimensions tenen una influència clara en la construcció identitària.

[35]Tot i algunes excepcions molt valuoses que proven de mesurar el patiment mental de maneres alternatives, la majoria d'estudis es basen en la nomenclatura diagnòstica dels manuals internacionals (DSM o CIE) o en la simptomatologia que s'hi descriu. Cal tenir en compte que això medicalitza la mirada respecte al patiment mental i situa la necessitat de buscar altres estratègies per valorar, analitzar o fins i tot mesurar el patiment mental.

i emmascarament de les afliccions, fenomen que ha estat àmpliament descrit als *men's mental health* estudis (Genuchi i Valdez, 2015; Hoy, 2012; Oliffe, Ogrodniczuk, Bottorff, Johnson, i Hoyak, 2012). Aquesta resposta esdevé, en moltes ocasions, un intent de restablir el control emocional (Brownhill, Wilhelm, Barclay, i Schmied, 2005) i explicaria la majoria dels que s'han anomenat "male-typical problems" (Levant, 1996): més abandonament escolar, consum, suïcidi (especialment després de la crisi del 2008, com apunten Chang, Stuckler, Yip i Gunnell, 2013), sensellarisme (on incloem altres itineràncies com els/les *clochard, tramp*, vagabunds/es etc.) més conductes de risc, conductes delictives, etc. Una externalització del patiment i el malestar en forma de violència que comporta, segons De Keijzer (2006), tres vectors principals de risc: cap a les dones i les criatures, cap a altres homes i cap a un mateix. És el que Kaufmman (1985) va anomenar la *tríada de la violència* per referir-s'hi. Darrere el primer dels vectors hi trobem els feminicidis o la violència cap a molts nens i nenes. Darrere el segon i el tercer vectors hi trobem el que Graduño (2001) va estudiar com la "sobremortalidad masculina temprana", és a dir, el conjunt de causes principals de mort dels joves socialitzats com a homes (Tajer *et al*., 2020). I aquí hi trobem un dels enclavaments centrals del nostre estudi: la violència masculina és tant mitjà de dominació i masculinització com generadora de patiment i mort (també per als mateixos homes).

Per entendre aquesta relació de forma més àmplia, ens pot ser d'utilitat identificar alguns dels diferents àmbits on més opera la masculinitat hegemònica i que, per tant, són els més rellevants en termes de salut mental. Vegem tot seguits alguns d'aquests factors:

**Treball productiu**: Les desigualtats de gènere i el que s'ha conegut com *la divisió sexual (o genèrica) del treball*, es basen un una repartició del treball productiu (associat a la masculinitat) i de reproductiu (associat a la feminitat). El primer esdevé, per tant, un element central de la construcció subjectiva i identitària de la masculinitat. Segons un estudi de l'any 2009, sobre 26 països occidentals (metanàlisis entre 1963-2004), la traducció d'això, en termes de salut, és que el factor laboral impacta molt més en la SM dels homes que en la de les dones (Moser, 2009), tant per excés com per defecte (major - menor autoestima, supervivència material i autonomia, etc.). Per aquest motiu, durant la crisi econòmica que s'inicia al 2008, la qual porta molts homes a perdre la feina, es comença a parlar de *crisi mundial de la masculinitat* (Patrick i Robertson, 2016; Affleck, Carmichael, i Whitley, 2018) per referir-se a l'impacte que té per als homes en termes subjectius el fet de no poder complir amb l'ideal de *breadwinne*r **(**Oliffe, Han, Ogrodniczuk, Phillips, i Roy, 2011), un dels pilars bàsics de la masculinitat hegemònica. Aquests derivats de la crisi són un dels factors

principals que, com dèiem, provoquen un augment, també, del suïcidi masculí (Chang *et al.*, 2013). Però aquesta relació entre treball i masculinitat és molt més complexa, ja que es pot donar de manera inversa. Parlem per exemple del *burnout –esgotament–* (Meltzer, Griffiths, Brock, Rooney, i Jenkins, 2008), el qual no apareix al DSM però comença a ser diagnosticat a diferents països i té a veure amb l'estrès o el malestar causat per l'excés de feina. Sense entrar en profunditat en aquest àmbit, sí que és important entendre aquest factor com un dels elements fonamentals a tenir en compte a l'hora de parlar de salut mental, i especialment de salut mental masculina (Collinson i Hearn, 1994). Si tenim en compte els processos de masculinització o còpia del model masculí per part de moltes dones, aquesta relació explicarà també alguns dels patiments associats a la salut mental de les dones.

Segons Artazcoz, Benach, Borrell i Cortès (2004) en un estudi fet a Catalunya entre 1994 i 2004 amb persones de 25 a 64 anys, la desocupació tenia un efecte quasi dues vegades major en l'autopercepció de la salut masculina que en la femenina. En una línia diferent, Harrington, Van Deusen i Humbred (2011) plantegen un canvi respecte a moments històrics anteriors: actualment, la masculinitat es trobaria en tensió entre un model més equitatiu –més present en l'àmbit reproductiu, la criança i les cures– i el model del *breadwinner*. Afegiríem aquí, o matisaríem, que aquesta tensió no és comparable amb la doble o triple jornada laboral femenina, perquè realment la incorporació dels homes a l'àmbit reproductiu segueix sent molt menor i insuficient en termes d'equitat (Abril, 2015). Existeix per tant una relació de causalitat, segurament bidireccional, entre estructura socioeconòmica i subjectivitat masculina. Dit d'altra manera, la masculinitat vertebra un sistema econòmic basat en el sacrifici masculí en l'àmbit productiu i el sacrifici femení en l'àmbit reproductiu. Sense la reproducció i el treball de cures no pot existir la vida, però també la inaccessibilitat al món productiu i quedar-se sense feina pot posar en risc la pròpia existència en termes materials (la *zoe* que diria Agamben,2006). Palermo (2017), en el seu interessant treball etnogràfic sobre masculinitats i sistema econòmic en el context de les empreses petrolieres argentines, explica de manera molt inspiradora la relació existent entre *masculinitat heroica* i la *disciplina fabril*, ambdues vinculades a la idea de sacrifici en favor del progrés de la nació. L'autor argentí exemplifica molt bé la relació simbiòtica entre model de masculinitat i creixement econòmic de l'estat - nació, binomi en el qual no hi cap la salut o el patiment masculí. Es tracta d'un model que necessita al mateix temps l'heterosexualitat, el model de família nuclear i el treball reproductiu femení per sostenir-se.

**Parella, divorcis i ruptures sentimentals**: Observem un altre element que perjudica més la salut mental masculina que la femenina i que per tant genera més aflicció en els homes. Ens referim, al divorci o ruptura sentimental en el cas de parelles heterosexuals. Segons, Rotermann (2007) i el seu estudi el 19 per cent dels homes separats o divorciats parlaven d'una pèrdua del suport social després de la separació, cosa que només passa en un 11%, en el cas de les dones, la qual cosa s'explica hipotèticament com a conseqüència de patrons de gènere diferencials pel que fa la capacitat de confirmar xarxes de cures i afectes més o menys centrades en la parella. Un altre estudi (Affleck *et al.*, 2018) va més enllà i diu que en general els canvis dràstics (la separació en seria un) afecten més els homes que les dones.

En alguns estudis el matrimoni apareix com a factor protector en termes de salut mental (Prior, 2005) quan es comparen persones casades amb persones separades o solteres. Això pot respondre hipotèticament al fet que formar part de la norma (heterosexual, nuclear, i monògama) evita la pressió social pel fet de no tenir parella o tenir una relació no heterosexual. Malgrat això, caldria problematitzar molt aquesta relació per diferents motius. En primer lloc, molts estudis es basen només en el matrimoni com a acte administratiu, la qual cosa no permet analitzar con s'organitzen les relacions sexoafectives, les unitats de convivència o els nuclis familiars més enllà de la seva situació legal (civil o religiosa). Actualment l'estat civil, com sabem, la majoria de vegades no és una categoria o variable gaire central, especialment quan parlem de joves o adolescents, com és el nostre cas. Així com fa dècades era molt central a nivell identitari, l'estat civil, podem dir que ha anat perdent importància amb el temps. En segon lloc, calen altres variables més enllà de si la persona està casada o no per determinar o comprendre la qualitat de la seva xarxa social. El que sí que pot ser interessant, en termes de la nostra etnografia, és analitzar què passa quan aquest matrimoni s'acaba o, sobretot, quan es produeix una ruptura sentimental en relació a una relació romàntica i/o sexoafectiva. En un estudi realitzat per Cox, Huppert i Whichelow (1993) al Regne Unit –en dues fases, entre els anys 1984/85 i 1991/92– es va detectar que el fet de divorciar-se, entre 1985 i 1991, va tenir efectes negatius per als homes i efectes positius o cap efecte en el cas de les dones. Això voldria dir que per les dones és pitjor estar en una relació de parella nociva que no separar-se. Malgrat que no és l'objecte principal d'aquest estudi, parlar de masculinitats en el camp de la salut mental és parlar del lligam entre MH i l'*heterosexisme*. Com diu Prior (2005), tot i l'efecte protector la parella davant d'un possible patiment psíquic (com a suport emocional), presenta una doble cara o pot tenir una sèrie de conseqüències en direcció contrària. En primer lloc, hi trobem la parella com a font de

violències masclistes. En segon lloc, molts homes utilitzen la parella com a únic refugi on poden mostrar-se vulnerables, ja que l'espai públic impera una idea de masculinitat que no en permet l'expressió. Això explicaria un model de relació que genera tancament en la relació i sobrecàrrega emocional per a les dones. Per fer més complexa encara l'equació, cal veure quin paper juga la parella (sobretot heterosexual, però no només) per a joves *psiquiatritzats,* en termes de normalització o exclusió respecte al model socialment normatiu, i cal veure també si presenta diferències amb altres contextos juvenils.

**Mitjans de comunicació:** Un altre camp important per entendre la relació entre masculinitat i salut mental és el dels dels *mass media.* La informació que hi apareix sobre problemes de salut mental en homes contribuirà a determinar un imaginari col·lectiu i cultural i condicionarà els processos de s/m(p)/c dels homes. Segons un estudi (Whitley, Adeponle i Miller, 2015) sobre la premsa escrita al Canadà, publicada entre 2010 i 2011, apareixen molts menys homes amb problemes de SM que dones, cosa que l'estudi anomena "empathy gap". Com conclou un altre estudi, aquesta vegada suec (Bengs, Johansson, Danielsson, Lehti i Hammorström, 2008), la majoria de les representacions d'homes amb depressió que apareixen en premsa escrita tenen un caràcter menys emocional i expressiu que el de les dones, i en canvi apareixen més representacions de la depressió en homes com un episodi sobtat que en el cas de les dones. Aquesta proporció apareixerà invertida pel que fa la representació de la psicosi: en aquest cas segurament la trobem més associada a la masculinitat, a la violència i a la imprevisibilitat. No és objecte del nostre estudi analitzar la manera com els mitjans de comunicació narren la bogeria, però sí que ens sembla un element molt interessant per entendre l'elaboració d'un imaginari col·lectiu determinat sobre la mateixa amb diferències importants pel que fa la construcció de gènere.

**Esport:** és un dels principals camps on es produeix la socialització masculina (Foley, 2001; Messner, 1990, 1992; Messner i Sabo, 1990), especialment en *collision sports* (esports de col·lisió) com el futbol. Segons diversos estudis, el model de masculinitat hegemònic en el terreny esportiu –tal i com dèiem a l'exemple de l'esportista que es lesiona i decideix jugar igualment– és una masculinitat que dificulta demanar ajuda en cas de patiment psíquic (Addis i Mahalik, 2003; Galdas, Cheater i Marshall, 2005; Jeffries i Grogan, 2012; McCusker, i Galupo, 2011; Yousaf, Grunfeld i Hunter, 2015a; Yousaf, Popat, i Hunter, 2015b). Però això, de nou, no és tant senzill, ja que hi ha altres estudis que argumenten o demostren empíricament que malgrat que aquesta socialització masculina i esportiva és contrària

a mostrar-se dèbil i fràgil, també els equips potencien la *self-compassion* i una major sociabilitat (i per tant prevenen l'aïllament) (Wasylkiw i Clairo, 2018). Aquesta contradicció entre l'activitat esportiva com a espai de masculinització i de jerarquització entre homes i com espai comunitari, de relació i suport, serà permanent, especialment en el capítol on parlarem de les estratègies de masculinització analitzades a causa de l'activitat de futbol, en què s'ha realitzat gran part del treball de camp.

**Drogues i consum**: A partir del moment en què alguns estudis epidemiològics van incloure el consum de drogues (alcohol inclòs) dins de l'àmbit de la salut mental, es va fer encara més evident que existia una biaix de gènere. Es desmuntava (o com a mínim es posava en dubte) una idea epidemiològicament molt establerta, segons la qual hi havia més dones amb problemes de salut mental que homes. A partir del moment en què considerem el consum drogues problemàtic com una resposta o conseqüència del patiment psíquic, el nombre d'homes que podien incloure's en l'ambigua etiqueta de *persones amb problemes de salut mental* creixia exponencialment. Segons Prior (2005:8), "if substance dependence is included as evidence of the presence of mental disorder and is equal in significance to more traditionally recognised forms of psychopathology (in this instance neurosis), the predominance of women in the statistics on mental disorders begins to disappear". En altres paraules, trobem taxes més altes en persones socialitzades com a homes pel que fa el consum, l'abús d'alcohol i les addiccions (Karlamangla, Zhou, Reuben, Greendale, i Moore, 2006), la qual cosa s'explica de manera multifactorial. Alguns estudis ho relacionen amb l'estrès (Reckelhoff, 2001). D'altres relacionen taxes més altes de consum amb la violència física, relació més alta també en homes (Harrison i Britt, 2004; Martin Neighbors i Griffith, 2013). Amb això no volem dir que la violència vingui derivada del consum, més aviat al contrari: el fet que aquesta relació sigui més clara en homes podria indicar que aquesta major tendència a la violència té a veure amb l'aprenentatge de la masculinitat i no amb el consum (si no fos així les dones amb consum problemàtic presentarien una relació amb la violència semblant). Tot plegat manté un vincle directe però complex amb allò que s'ha anomenat l'*externalització* del patiment, més comú en homes, com dèiem anteriorment.

**Altres:** Per últim, cal només mencionar dos elements més que s'han estudiat, que presenten un patró de gènere i que poden condicionar els itineraris de s/m(p)/c d'homes i dones. En primer lloc, l'abús infantil és més difícil de detectar en nois –més de tipus sexual en el cas de les nenes i més de tipus físic en el cas dels nens– (Affleck *et al.*, 2018). En segon lloc,

es produeix, com dèiem més abandonament escolar en nois (Bowlby i McMullen, 2005; Gabarró, 2010).

La nostra hipòtesi de partida sobre la relació entre masculinitat hegemònica i patiment (en la producció, l'atenció i la interpretació) es confirma si analitzem, amb perspectiva de gènere, els àmbits fins aquí apuntats. Qualsevol d'aquests àmbits ha donat lloc a investigacions múltiples i diferents, en contextos també diferents, sobre les quals no pretenem retre compte en aquest apartat. Més aviat l'objectiu és desglossar algunes de les expressions d'aquesta relació entre processos de s/m (p)/c i masculinitat, a través de factors que il·lustren aquesta relació.

### 2.2.1. Construcció *generitzada* dels trastorns psiquiàtrics

En general, quan parlem de trastorns que es coneixen com a neurocognitius o del neurodesenvolupament hi trobem més homes que dones. Aquí hi podem incloure trastorns de l'espectre autista o el diagnòstic d'esquizofrènia. Aquest últim apareixeria en homes de manera més severa i abans a nivell d'edat. En canvi, i pel que fa als coneguts com a *mood disorders* (trastorns de l'estat d'ànim que inclouen depressió, trastorn bipolar, etc.), s'ha estudiat que es tenen més probabilitats de patir una depressió si s'és dona que si s'és home (Mezulis i Harding, 2016). No és així amb l'anomenat (per manuals diagnòstics com el DSM) trastorn bipolar, on no hi ha diferències de gènere importants. També, segons les dades estadístiques s'afirma que hi ha més trastorns de conducta o SUD (*substance use disorders*) en el cas dels homes en relació a les dones. Si observem les dades dels països occidentals, per tant, és evident que hi ha una relació directa entre expressió del malestar/aflicció psíquica i la construcció sociocultural del gènere. El que no està clar és com es construeix aquesta relació, i aquí és on el nostre estudi pretén contribuir a entendre-la. El que està clar, d'entrada, és que aquestes dades de caràcter epidemiològic ens aporten molta informació, però cal que les posem en dubte per diferents motius.

La majoria de dades o literatura científica de la qual disposem estudia només aquelles persones que acudeixen o fan ús de la xarxa de recursos de salut mental, i es considera que només entre un quart i un terç de la població amb un possible trastorn mental demanda atenció (Andrews, Issakidis i Carter, 2001; Gonzalez, Tinsley, i Kreuder, 2002). Això d'entrada ens diu que hi ha determinades situacions amb *patiment mental excessiu* (Talarn *et al.*,

2014) que no reben un diagnòstic ni un tractament. Això ens obliga a fer una parada en el camí abans de seguir. No podem analitzar les dades epidemiològiques sobre salut mental i gènere sense problematitzar algunes qüestions. La primera és l'equiparació que es fa entre patiment mental i diagnòstic psiquiàtric en la majoria d'estudis, la qual parteix d'una suposició errònia segons la qual podem analitzar el fenomen estudiat només en base a criteris medicopsiquiàtrics. Això és especialment problemàtic si tenim en compte la tendència actual, en la majoria de països occidentals i a nivell global, de patologitzar malestars que fins fa poc no disposaven d'un equivalent mòrbid. O vist des d'un altre punt de vista, una tendència a deixar en mans del circuit de salut mental determinats malestars que fins fa poc s'acompanyaven en el si de la comunitat i no requerien medicalització. Tal com ha fet l'antropologia mèdica crítica, partim dels factors sociohistòrics per explicar els processos de s/m(p)/c, i això vol dir entendre com la crisi econòmica que es va iniciar al 2007-2008, la precarització laboral creixent o els problemes relacionats amb l'habitatge tenen un impacte directe en el patiment mental de les persones i els grups (Chang *et al.,* 2013, entre d'altres). Per tant, no creiem que el problema sigui l'infradiagnòstic, sinó més aviat ens situem davant la necessitat de generar nous indicadors per mesurar el patiment de tipus psíquic i formes d'atendre'l que no passin exclusivament pel diagnòstic psiquiàtric i el tractament farmacològic. Aquest estudi pretén ser una aportació més en aquest sentit.

En segon lloc, la majoria de d'estudis que estudien la relació entre gènere i patiment psíquic parteixen d'una equivalència entre sexe i gènere, la qual no incorpora les consideracions que s'han fet des dels estudis feministes, des dels anys 70, els quals plantegen, com hem vist, una relació més complexa entre sexe (com la dimensió aparentment biològica) i gènere (dimensió sociocultural). Durant molts anys, a nivell epidemiològic i pel que fa els estudis poblacionals sobre salut mental s'ha entès la perspectiva de gènere com un simple exercici de separar les dades en funció del sexe biològic, establint una equivalència implícita entre sexe i gènere. Val a dir per això que cada vegada trobem més estudis que problematitzen aquesta relació, els quals plantegen alternatives i eines analítiques interessants i que han servit d'inspiració al present estudi. A mode d'exemple, podem referir-nos a la *Conformity to Masculine Norms Inventory* (CMNI) de Mahalik *et al*. (2003), validat en l'àmbit espanyol per Cuéllar-Flores, Sánchez-López i Dresch (2011) sota el nom de *Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas*. Aquest inventari, a partir d'11 ítems associats a la Masculinitat Hegemònica (conductes de risc, control emocional, dominància, violència etc.) desglossats en preguntes i indicadors més concrets, estableix el grau d'adherència dels

homes a la masculinitat hegemònica, separant així sexe, d'identitat de gènere i de model de masculinitat (molt relacionada amb l'expressió de gènere). Un segon exemple és l'estudi realitzat per Sullivan, Camic i Brown (2015), el qual mostra la relació entre adherència al *Model de Masculinitat hegemònica*, dificultats per demanar ajuda/atenció i *alexithymia* (diagnòstic que assigna un terme diagnòstic a la por de la intimitat i la incapacitat d'expressar-se emocionalment, diagnosticat principalment en homes). Creiem que anàlisis d'aquest tipus permeten analitzar de manera menys esbiaixada la relació entre masculinitat i salut mental. No negarem que existeix una tendència cultural, normativa i majoritària, que estableix una relació entre sexe - identitat i gènere - expressió de gènere (en base a un model de complementarietat *heterosexista* entre homes i dones) igual que hi ha una relació entre patiment mental i diagnòstic psiquiàtric, però no podem automatitzar o naturalitzar aquestes relacions de la mateixa manera que ho està fent el model biomèdic si volem entendre el fenomen estudiat en la seva complexitat.

Aclarit això, com diem, no volem renunciar a tota la literatura generada en base als criteris diagnòstics del DSM i el CIE per analitzar la configuració dels trastorns en clau de gènere. Al contrari, creiem que ens aporten informació molt útil sobre les tendències actuals. Com dèiem, en aquest sentit sabem que els homes reben més diagnòstics de SUD o trastorn per consum de substàncies, més trastorns del neurodesenvolupament (TDAH, TEA, trastorns de la comunicació, trastorn específic de l'aprenentatge etc.), més trastorn de conducta i trastorn oposicionista desafiant, etc. (Affleck *et al*., 2018). En canvi, en el cas dels diagnòstics relacionats amb el camp de l'ansietat i la depressió és al revés; hi trobem una relació de la meitat d'homes respecte a dones (1:2). A la mateixa conclusió van arribar Linzer *et al.* (1996) pel que fa als anomenats trastorns afectius (més dones) i l'abús de substàncies (més homes). Recuperant Prior (2005), a partir del moment que es comencen a introduir les addiccions en l'epidemiologia de la salut mental es comença a desmuntar la idea que les dones pateixen més trastorn mental que els homes, "the predominance of women in the statistics on mental disorder begins to disappear" (p.8). Amb això no volem proposar que es medicalitzin les addiccions, sinó poder generar un esquema que ens permeti entendre el patiment mental centrat en el significat (situació d'aflicció o malestar) i no el significant (diagnòstic). És a partir d'aquest gir o canvi de paradigma a partir del qual es comença a veure (durant els 90-2000) que no és tanta la diferència epidemiològica entre dones i homes amb *trastorn,* sinó que la desigualtat es construeix en com es significa aquest patiment. Aquí és on es patologitza el patiment femení i s'invisibilitza o es nega el patiment masculí. Al final no és res més que l'evidència "from a large-scale study

in support of the feminist allegation of institutionalised sexism in social definitions of mental disorders" (Prior, 2005, p.5), la qual cosa confirmaria el que les pensadores feministes feia temps que deien, i situa la necessitat de desmuntar la creença del "women cannot be well and men cannot be ill" (Annandale i Clark, 1996, p.32), la qual organitza el circuits de salut mental. O millor dit, podem dir que, en part, els processos de s/m(p)/c i la resposta que hi donem són reflex d'una concepció de masclista, sexista i *binarista* del gènere.

#### 2.2.1.1 *Neurosi*. Cas paradigmàtic de la "depressió masculina"

Com dèiem, en general els homes, en els països occidentals, reben molts menys diagnòstics de depressió que les dones, aproximadament la meitat. On hi trobem més divergències és a l'hora d'analitzar-ne els motius. Simplificant, podem parlar de tres possibles explicacions (Bilsker, Fogarty i Wakefield, 2018). La primera és que els homes tenen menys tendència a patir depressió, però no hi ha un motiu clar, la qual cosa moltes vegades es justifica com una conseqüència hormonal. La segona té a veure amb el fet que els homes rebutgen –més o menys conscientment– reconèixer els símptomes de depressió com a conseqüència d'una socialització masculina que nega la vulnerabilitat. En tercer lloc, els homes (com a tendència) tenen una manera de deprimir-se específica.

La majoria de la literatura estudiada es mou entre la segona i la tercera opció. Això vol dir que, d'una banda, els homes tendeixen a mantenir actituds més negatives cap a la depressió que les dones (Cook i Wang 2010; Wang, Fick, Adair i Lai, 2007) perquè ho atribueixen, segons Wang *et al.* (2007) més habitualment els homes que les dones, a una debilitat del caràcter. D'altra banda, es produiria un infradiagnòstic de la depressió en homes (Ivancic, Perrens, Fildes, Perry i Christensen, 2014; Kessler, Chiu, Demler i Walters, 2005; World Health Organisation, 2008; Curtin, Warner i Hedegaard, 2016; Rice, Fallon, Aucote i Möller-Leimkühler, 2013) perquè els seus símptomes o la manera d'expressar-los no corresponen amb els criteris diagnòstic pensats per a dones (Martin *et al.,* 2013; Wilhelm, 2014). Aquesta relació entre masculinitat i infradiagnòstic de depressió augmentaria conforme més gran és l'adherència al model de masculinitat hegemònica (Addis i Mahalik, 2003). Dit d'altra manera, els estudis afirmen que si existís un diagnòstic de *male depressive syndrome* o *male-typical depressive symptoms* (Cochran i Rabinowitz, 2000) ens els manuals de psicopatologia que tingués en compte l'externalització dels símptomes segurament ens trobaríem amb taxes de diagnòstic de depressió en homes iguals o superiors a les de les dones (Cochran, 2001).

Això s'esdevindria igualment si també es modifiquessin els patrons masculins de *help-seeking* que tendeixen a negar la vulnerabilitat i la demanda d'ajuda/atenció. En definitiva, passaria per un qüestionament de la MH, al nostre entendre.

Tot i referir-nos només a les tendències més generals a nivell epidemiològic, sobretot produïdes en el món anglosaxó, no volem generalitzar en excés la relació entre masculinitat i depressió com si fos quelcom monolític. Entre d'altres coses perquè partim d'una concepció de la masculinitat, com dèiem, que inclou un conjunt d'experiències molt divers, travessades per diferents factors (punt de vista interseccional). En aquest sentit, existeix també un subgrup d'homes, segons Rice *et al*. (2018), que presenten un perfil mixt entre internalització dels símptomes i internalització.

Ara bé, si tornem a gran part de la literatura consultada, podem parlar principalment d'una sèrie de símptomes o expressions del malestar masculí que no s'adapten al model diagnòstic de depressió i que s'ha anomenat (Rochlen, Paterniti, Epstein, Duberstein, Willeford i Kravitz, 2009) *maladaptive externalizing symptoms*; inclouen ràbia, conductes de risc, consum de tòxics etc. Segons alguns d'aquests estudis, caldria incloure els símptomes externalitzats com a símptomes de la depressió masculina (Rice *et al.,* 2015) ja que l'experiència, més habitual, podríem dir, de depressió masculina, no hi cap en els paràmetres diagnòstics actuals (Cavanagh, Wilson, Caputi i Kavanagh, 2016). Això requeriria canvis en la manera de conceptualitzar i mesurar la depressió (Brownhill *et al.,* 2005). Autors com Rice *et al.* (2013) proposen fins i tot una *Male Depression Risk Scale* o escala específica per mesurar la simptomatologia depressiva en homes.

Una altre argument important que confirmaria aquesta tendència a l'infadiagnòstic de depressió masculí (Potts, Burnam, i Wells, 1991; Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz i Tylee, 2002; Magovcevic i Addis, 2008), o en tot cas, a la invisibilitat del patiment mental masculí, és la contradicció entre menys diagnòstic de depressió en homes i una taxa de suïcidi efectiu molt més alta. Fins a 4 homes per cada dona en alguns contextos (Oquendo *et al.,* 2002). Com veurem més endavant, la reticència a demanar ajuda, a acudir a un recurs de salut mental davant del malestar associat a la depressió (Johnson *et al.,* 2012; Rice, Aucote, Parker, Alvarez-jimenez, Filia i Amminger, 2017) seria un dels factors que explicaria aquesta contradicció entre pocs diagnòstics de depressió i molts suïcidis. En aquest sentit, normalment són els homes amb depressions més severes

els que més acudeixen a la xarxa de salut mental (Good i Mintz, 1990; Roness, Mykletun, i Dahl, 2005).

No hem d'oblidar que els estudis de gènere i salut només es poden entendre de manera relacional. Tot i centrar-se en la salut mental masculina, no podem explicar els patrons *generitzats* de depressió masculina o infradiagnòstic sense fer referència a una *sobrepatologització* del malestar femení (Brownhill *et al,* 2005; Wilhelm, 2014), el qual respon a una construcció històrica i androcèntrica del diagnòstic de depressió com a forma de patologització (control) de la feminitat.

Abans de passar al següent apartat, cal matisar que no podem resumir l'estat de la qüestió sobre masculinitat i depressió dient que tots els estudis interpreten aquesta relació de manera negativa, és a dir, que la masculinitat genera només dificultats per als homes que pateixen depressió. Iwamoto, Brady, Kaya i Park (2018) van estudiar la relació entre depressió i masculinitat a partir de dues hipòtesis creuades: la primera deia que una major adherència a la masculinitat[36] tenia efectes negatius en termes de salut mental, mentre que la segona deia just el contrari, l'adherència a la masculinitat hegemònica[37] presentaria beneficis o més benestar als homes en termes de salut mental. El fet curiós va ser que ambdues hipòtesis es van confirmar. Dit d'altra manera, i segons aquest estudi, l'adherència al model de masculinitat hegemònica és nociva en termes de s/m(patiment)/(c) perquè genera experiències de silenci i negació davant del patiment (Mahalik *et al.,* 2003), alhora que planteja més dificultats a l'hora de buscar relacions d'intimitat amb altres persones amb les quals expressar emocions i problemes emocionals. Però d'altra banda, l'adherència al model, en termes de sexualitat activa, reconeixement social, etc. esdevé positiva o un factor de protecció respecte a la depressió. Aquest plantejament situa una relació ambivalent entre masculinitat i patiment mental que ens serà molt útil de cara a la posterior anàlisi, sobretot perquè situa el pes d'aquesta relació en el context i ens empeny a centrar-hi una part important de l'anàlisi. Determinats atributs de la masculinitat en un context poden ser un element de protecció davant del patiment o una garantia de reconeixement i poder,

[36]Aquesta adherència amb conseqüències aparentment negatives es calcula a partir dels factors següents: playboy (traduït per Donjuanismo segons Cuéllar-flores et al., 2011), poder sobre les dones, presentació heterosexual, control emocional i independència.
[37]Aquesta adherència amb conseqüències aparentment positives es calcula a partir dels factors següents: guanyar i conductes de risc o assumir riscos.

però els mateixos elements poden tenir l'efecte contrari en un altre context en funció de quins elements de la masculinitat tinguin rang en aquest altre grup o ambient. Aquesta idea té a veure amb la relació entre *dominant-dominating masculity* a la qual fa referència Messerschmidt (2010), i manté una relació amb els valors hegemònics a nivell cultural en una societat determinada (no és independent), però sobretot posa l'èmfasi en el *subgrup*, on els valors dominants no sempre coincideixen amb els hegemònics. Un diàleg que serà fonamental en el nostre estudi.

#### 2.2.1.2 *Psicosis*. Cas paradigmàtic de l'esquizofrènia

En el cas de l'espectre psicòtic, i concretament pel que fa al diagnòstic d'esquizofrènia, molts estudis parlen d'una major incidència[38] o risc de ser diagnosticat entre els homes, especialment els joves (metaanàlisi de Van der Werf *et al*., 2014 ; Aleman, Kahn i Selten 2003; McGrath, Saha, Welham, Saadi, MacCauley i Chant, 2004). La recent metaanàlisi de Jongsma, Turner, Kirkbride, i Jones (2019), la qual aglutina resultats de 56721 persones i de 177 articles, confirmaria una major incidència en homes pel que fa al primer episodi de psicosi i els *non-affective psychotic disorders*. Val a dir que la multifactorialitat o els diferents criteris d'inclusió/exclusió en què es basen aquests estudis provoquen una variabilitat important en el seus resultats; alguns d'ells, per exemple, es basen el *population registers* (contacte amb el sistema de salut en general) i altres parteixen del *first-contact* (el qual és més específic i elimina falsos positius perquè només comptabilitza el contacte amb serveis específics de salut mental) i això fa variar les dades que s'analitzen i els seus resultats. També es detecta en aquests estudis una sobre-representació de l'esquizofrènia o una diferència de resultats en funció del tipus de categoria diagnòstica que es faci servir. Per posar un exemple, quan es parla de *non-affective psychotic disorders* s'està utilitzant una categoria molt àmplia, un calaix de sastre on hi caben molts més casos, que si parlem d'esquizofrènia, per exemple. Això generaria problemes a l'hora de realitzar comparacions o extreure conclusions sobre estudis que es basen en criteris diversos. Aquest tipus de distorsions, juntament amb la sobre-representació de països occidentals (Austràlia, Amèrica del Nord i Europa) i la infarepresentació de països no occidentals –segons estudis com el de Sukanta, Chant, Welham i McGrath (2005) hi ha més prevalença d'esquizofrènia en països rics

[38]Es centra en els casos nous, a diferència de la prevalença que estudia els casos existents.

econòmicament–, cal que les tinguem en compte a l'hora d'interpretar aquests resultats i els estudis metaanalítics.

El fet d'emprar un manual diagnòstic de referència o un altre (CIE-9/10 o DSM-IVR/V) també modifica els resultats epidemiològics. En estudis basats en el CIE-10 es considerarà esquizofrènia el que al DSM es consideren *mood disorders with psychosis* o altres psicosis. També el DSM manté criteris més restrictius (temporalitat de 6 mesos) a l'hora de diagnosticar esquizofrènia, a diferència del CIE.

Malgrat totes aquestes limitacions que cal tenir en compte, sí que podem parlar d'una certa tendència. Altres estudis anteriors com el de Beauchamp i Gagnon (2004) parlaven ja d'un impacte del factor gènere en el diagnòstic de psicosi. Segons la metaanàlisi de 2004, un subjecte masculí té 1,7 vegades més possibilitats de ser diagnosticat d'esquizofrènica que un subjecte femení, la qual presenta 2,1 vegades més possibilitat de ser diagnosticada amb un trastorn afectiu o de l'estat d'ànim. Si parlem d'incidència (nous casos diagnosticats) del primer brot de psicosi i de la severitat dels símptomes (especialment símptomes negatius com la pèrdua de motivació, l'aïllament etc.), és més alta en homes que en dones. Però no tots els estudis conclouen el mateix si el que mesurem és la prevalença (total de persones amb aquest tipus de diagnòstic). Si mirem la prevalença, alguns estudis consideren que no hi ha pràcticament diferències (McGrath, Saha, Welham, Saadi, MacCauley i Chant, 2004; Cascio, Cella, Preti, Meneghelli i Cocchi, 2012; Sukanta *et al.*, 2005). Això podria tenir a veure, entre d'altres coses, en la major mortalitat o risc de mort entre homes amb aquest tipus de diagnòstic (Heilä, Haukka, Suvisaari i Lönnqvist, 2005; Joukamaa, Heliövaara, Knekt, Aromaa, Raitasalo i Lehtinen, 2001). Si es moren més homes i ho mirem en nombre de diagnòstics en un moment concret (prevalença) i no els nous casos (incidència), la proporció varia. Cal tenir en compte que en general, la mortalitat de les persones amb trastorns psicòtic i esquizofrènia és més elevada (Oakley *et al.,* 2018) que a la resta de la població.

Alguns estudis afirmen que el FEP (*first-episode psychosis* o primer brot psicòtic) és anterior en el cas de les noies, però la majoria diuen el contrari, els nois com a tendència general, i la problemàtica de la categoria "home" que hem comentat anteriorment, presenten una tendència més precoç en termes de primer episodi psicòtic o brot (Marvin, Rosen, Reilly, Solari i Sweeney, 2007; Morgan, Castle, Jablensky, 2008; Häfner, Nowotny, Loffler, der Heiden

i Maurer, 1995). Pel que fa la mitjana de temps que una psicosi no està tractada (*duration of untreated psychosis* o *DUP*), la majoria d'estudis diuen que és més curta en dones (Larsen, McGlashan i Moe, 1996; Thorup *et al.,* 2007; Thomas i Nandhra, 2009), però altres estudis diuen el contrari (Køster, Lajer, Lindhardt, Rosenbaum, 2008). Altres estudis demostren una relació entre més *DUP* i pitjor pronòstic o deteriorament (Lappin *et al.,* 2006; Malla, Bodnar, Joober i Lepage, 2011). També existeix una relació entre major DUB i més probabilitats de consum de tòxics (Cascio *et al.*, 2012). Els principals factors que poden determinar aquesta durada poden ser la percepció de la família sobre la malaltia, les individuals *coping styles* (o estratègies d'afrontament), el tipus d'inici del trastorn o relació símptomes negatius/ positius.

Com veurem en l'apartat que tracta sobre el *help-seeking*, la relació entre més *DUP* en homes s'explica per la menor capacitat o tendència a consultar a demanar ajuda, especialment pel que fa els nois joves (Cascio *et al.,* 2012). Si a la menor taxa de demanda d'atenció o ajuda li sumem una edat menor quant al primer brot en el cas del nois respecte a les noies (Häfner *et al.,* 1995; Altamura, Bassetti, Bignotti, Pioli i Mundo, 2003; Marvin *et al.,* 2007; Jackson *et al.,* 2008; Morgan *et al.,* 2008;), tot plegat podria explicar els símptomes més severs, un pitjor pronòstic o una pitjor recuperació[39] en el cas dels homes. Segons Jackson *et al.* (2013), si mirem les estadístiques per etapes d'edat, a la meitat de la trentena tot plegat fa que la proporció homes/dones sigui d'entre 1,5 i 2 homes per cada dona. En canvi, quan la mitjana d'edat és de 45 aproximadament, aquesta diferencia disminueix.

Altres factors que determinarien una major incidència tenen a veure amb la migració (Cantor-Graae i Selten, 2005; Bourque, van der Ven, Malla, 2011; Selten, van der Ven i Termorshuizen, 2019; Jongsma *et al.,* 2019). Hi ha debat en aquest sentit, i és força problemàtic analitzar la relació entre migració i salut mental. Segons alguns estudis la prevalença de psicosi en migrants és inferior als autòctons, però en la segona generació s'equilibra. Altres elements que poden condicionar la prevalença, és a dir que poden influir en el grau de patiment mental, poden ser viure en altes latituds o contextos urbans (Saha, Chant, Welham i McGrath, 2006; Vassos, Pedersen, Murray, Collier i Lewis, 2012), o la desigualtat socioeconòmica,

[39] És important tenir en compte aquí que hi ha molt debat entorn a com mesurar la recuperació i moltes maneres diferents de fer-ho (Jääskeläinen et al., 2013)

segons la qual existeix una relació entre pobresa i psicosi (Burns i Esterhuizen, 2008), que va començar a ser estudiada, en contextos urbans, per l'emblemàtica escola de Chicago (Faris i Dunham, 1939). Aquestes variables, que sovint s'han estudiat de manera independent, la majoria de vegades presenten articulacions amb d'altres i això ens obliga a plantejar anàlisis interseccionals de la realitat. Com demostra l'estudi de Van der Ven *et al.* (2016), el qual analitza la prevalença de trastorns psicòtics amb immigrants del nord d'Àfrica que arriben a Holanda, quan es planteja una investigació amb una mirada interseccional s'observen coses com que els homes migrants (especialment marroquins) són qui més possibilitats tenen de ser diagnosticats de psicosi, per homes i per migrants. Tot plegat ens confirmaria el paper fonamental que tenen les variables socioeconòmiques a l'hora d'explicar l'etiologia del patiment mental, en aquest cas expressat a partir de simptomatologia psicòtica, entenent-la com una forma d'expressió concreta de l'aflicció.

Com plateja l'estudi de Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul i Krabbendam (2009) cal estudiar el fenomen tenint en compte variables ambientals i genètiques de manera dialògica i creuada, i alhora cal buscar noves maneres de mesurar el patiment mental menys binàries o dicotòmiques (normal/patològic, diagnòstic/no diagnòstic). En el seu cas proposen parlar de *psychosis contínuum,* això vol dir analitzar tota la població (no només aquella amb un diagnòstic) i establir graus en aquest contínuum. Des del nostre punt de vista i per a l'elaboració del present estudi aquest plantejament presenta possibilitats analítiques molt més interessants que no el fet d'estudiar la salut mental a partir dels límits establerts pel diagnòstic psiquiàtric.

Aquesta relació entre major incidència de trastorns psicòtics en homes i aquesta associació culturalment establerta en l'imaginari col·lectiu entre masculinitat i psicosi (esquizofrènia, sobretot) té dues conseqüències més que cal que siguin tingudes en compte. En primer lloc, s'estigmatitzen els homes amb esquizofrènia o trastorn psicòtics a partir de la relació que s'estableix entre aquest tipus de diagnòstic o forma d'aflicció i la violència. Malgrat que alguns estudis sí que demostren que hi ha una lleugera relació entre major violència i esquizofrènia (Kooyman, Dean, Harvey i Walsh, 2007), hi ha factors que si es triangulen amb aquestes dues variables són molt més explicatius i determinants, com ara el consum de drogues i alcohol (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes i Grann, 2009; Richard-Devantoy, Bouyer-Richard, Jollant, Mondoloni, Voyer i Senon, 2013). Això voldria dir que és més determinant el consum que el diagnòstic a l'hora d'explicar la proporció de persones que han actuat

violentament[40]. I afegiríem que aquesta relació, en tot cas, seria molt menor o molt menys explicativa que la relació existent entre masculinitat i violència. Per tant, el que volem plantejar aquí és que no és casual que quan un home exerceix violència s'acostumi a relacionar aquesta violència amb el diagnòstic psiquiàtric (estigmatització del col·lectiu i *alterització* de la violència) en major mesura que a relacionar-la amb la MH o l'aprenentatge de la masculinitat. La segona situaria la problemàtica en una dimensió estructural i la primera en canvi, en la individualitat.

En segon lloc, i en la línia de comprendre de manera relacional el binomi salut mental - gènere, aquesta associació cultural, però també epidemiològicament demostrada, entre incidència de psicosi i masculinitat, genera desigualtats pel que fa als processos de s/m(p)/c de les dones amb esquizofrènia o psicosi. Per posar només dos exemples, segons la metaanàlisi de Chaves i Seeman(2006) (sobre 67 estudis entre 1993 i 2005), la infrarepresentació de dones (només un 33 per cent de mitjana) en les proves que es realitzen per testar els nous antipsicòtics produeix que els nous antipsicòtics tinguin més efectes adversos (extrapiramidals etc.) per a les dones que per als homes. En segon lloc, Statucka i Walder (2013) van elaborar una metaanàlisi sobre els estudis publicats referents a les tècniques d'intervenció pel que fa al FAR (*facial-affect recognition* o reconeixement facial) i els programes per millorar aquest àrea (tot allò que té a veure amb la comprensió del món social), la qual es veu afectada com a conseqüència de la psicosi i el seu tractament psicofarmacològic. Segons les autores, les dones apareixen infrarepresentades en aquests tipus d'estudis on s'assagen tècniques per a la recuperació i per tant són estudis que beneficien més els homes amb trastorns psicòtics que les dones amb el mateix tipus de trastorn. Això segurament té a veure també amb el que comentàvem a l'inici de l'apartat: les dones normalment tenen el brot psicòtic més tard i mantenen més habilitats socials que els homes. D'altra banda, si conceptualitzem la bogeria (juntament amb d'altres idees) com la manca d'ancoratge de la fenomenologia psicòtica al context occidental, a diferència d'altres contextos on existeix un relat d'allò psicòtic menys estigmatitzant i excloent, aquest ancoratge és més precari en els homes perquè entra en contradicció amb les MHs. En altres paraules, la MH o les MHs occidentals són aquelles que menys toleren o més excloents són respecte a la bogeria i la seva expressió psicòtica.

[40]Tot i que no entrarem en aquest debat, caldria aquí obrir una reflexió en profunditat sobre què es considera violència i com es conceptualitza a l'hora d'extreure les dades que ens permeten arribar a les esmenrades conclusions.

Això últim respon a la hipòtesis de la *masculinitat inhabitabl*e i racional en el nostre context d'estudi, dins la qual no hi caben la majoria de manifestacions de la bogeria i la *desra*ó.

Però abans d'entrar a discutir això, analitzem aquesta masculinitat en relació a la demanda d'ajuda com a mostra de debilitat i reconeixement de la interdependència, un altre element fonamental per entendre l'etnografia.

### 2.2.2. Vulnerabilitat, atenció i demanda d'ajuda

Diu Seidler (2006) que els homes aprenen a ocultar la seva vulnerabilitat, fins i tots a ells mateixos. Segons ell, l'arrel d'aquesta relació entre masculinitat i autosuficiència o invulnerabilitat la trobem en el naixement de la modernitat, durant la qual la tradició racionalista va separar raó i natura, ment i cos, i raó i emoció. La raó es va convertir en la forma única de veritat adoptada pels homes i es va delegar l'emocionalitat a les dones, negant als mateixos homes la possibilitat de mostrar-se vulnerables, ja que sense expressió emocional no hi ha vulnerabilitat. Matisaríem, potser, que no totes les emocions van quedar associades a la feminitat, hi ha una sola emoció o registre emocional associat a la masculinitat i que de fet compta amb múltiples escenaris on pot ser expressada i fins i tot venerada. Ens referim a la ràbia o la ira i com aquesta és permesa, o fins i tot encoratjada socialment en el cas dels homes. Elias i Dunning (1992) expliquen de manera magistral com l'esport i els estadis esportius es converteixen en el substitut dels escenaris bèl·lics –els quals es troben en decadència en el projecte occidental civilitzador– on *ritualitzar* de manera més o menys controlada la ràbia i la violència que se'n deriva. Aquesta idea ens permetrà entendre algunes de les vinyetes de l'etnografia que analitzarem més tard entorn a la relació entre esport i masculinitat.

En el camp de l'atenció o els processos de s/m(p)/c, això es tradueix en una menor de demanda d'ajuda i atenció per part de les persones que han estat socialitzades en la duresa i l'autosuficiència masculina (Weissman i Klerman, 1977; Padesky i Hammen, 1981; Thom, 1986; Husaini, Moore, i Cain, 1994; McKay, Rutherford, Cacciola, i Kabasakalian-McKay, 1996; Goodwin, Hoven, Lyons, i Stein, 2002; Addis i Mahalik, 2003; Berger, Levant, McMillan, Kelleher, Sellers, 2005; Galdas *et al.*, 2005; Wang *et al.,* 2007; Fields i Cochran, 2011; Levant, Wimer i Williams, 2011; Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer, i Hubbard, 2011; McCusker, i Galupo, 2011; Jeffries i Grogan, 2012; Fridgen *et al.,* 2013; Yousaf *et al.,* 2015a; Yousaf *et*

*al.,* 2015b). No només en el camp de la salut mental es produeixen aquestes diferències en funció del gènere, sino que en general, les dones van més al metge generalista i són més comunicatives, i això fa que es produeixin més derivacions cap a l'àmbit de la salut mental (Kovess-Masfety, *et al.,* 2014). En altres paraules, el demanar ajuda (de la mateixa manera que la depressió) estan feminitzades i per tant fora del camp de la masculinitat (Kilmartin, 2005). Tot i que la majoria d'estudis avaluen el *help-seeking* a partir de l'assistència, o contràriament, a partir de l'evitació dels dispositius de salut mental, és important recordar aquí que quan ens referim a demanda d'ajuda (*help-seeking*) no només incloem l'atenció professional, sinó també el procés de presa de consciència i resposta davant de la malaltia (patiment o trastorn) en termes de pràctiques socials i culturals (Farrimond, 2012).

La metanàlisi d'O'Neil (2012), que inclou 19.453 participants, revela que aquests diferències entre nois i noies respecte a la demanda d'atenció novament no depèn del sexe masculí o de la identitat, sinó del grau d'adherència a les normes de masculinitat. Per tant, el grau de conformitat amb les normes de masculinitat està positivament associat amb una salut mental més negativa i també és inversament proporcional al grau de demanda d'atenció professional per part dels homes (Good i Wood, 1995; Addis i Mahalik, 2003; Galdas *et al.,* 2005; Lane i Addis, 2005; McCusker, i Galupo, 2011; Jeffries i Grogan, 2012; Johnson *et al.,* 2012; Scholz, Crabb, i Wittert, 2014; Yousaf *et al*., 2015a; Yousaf *et al.,* 2015b; Wong i Moon-Ho Ringo Ho, 2016). Aquesta reticència al *help-seeking* té una relació directa, segons Seidler *et al.* (2018a) amb "revolving door phenomenon", és a dir, amb els reingressos de persones que han estat ingressades en dispositius psiquiàtrics, les quals eviten els recursos fins que la situació és de crisi.

Per tant, ens trobem que es produeix un *gendered role conflicte* (Pattyn, Verhaeghe i Bracke, 2015) entre masculinitat hegemònica i demanda de suport o atenció en salut mental. Els homes es senten jutjats quan demanen ajuda (Roy,Tremblay, i Robertson, 2014). Això fa que en el món occidental, les dones tinguin el doble de possibilitats de fer ús dels serveis de SM respecte als home (Kovess-Masfety *et al.,* 2014), i que l'evitació o reticència per part dels homes a fer ús dels dispositius de salut mental sigui major (Weissman i Klerman, 1977; Padesky i Hammen, 1981; Thom, 1986; Husaini *et al.,* 1994; McKay *et al.,* 1996; Courtenay, 2000; Mansfield, Addis, i Mahalik, 2003; Galdas *et al.,* 2005; Sierra Hernandez, Han, Oliffe i Ogrodniczuk, 2014; Yousaf *et al.,* 2015a; Seidler *et al.,* 2016).

Un dels principals problemes en molts d'aquests estudis referenciats té a veure amb un biaix que apareix sovint en els estudis sobre demanda d'ajuda o *help-seeking*, segons el qual no demanar ajuda professional implica una pitjor salut mental, per dir-ho ras i curt, tenint en compte els efectes que implica, en determinades ocasions, el fet de demanar ajuda en termes de construcció clínica i social del trastorn mental i sobretot a nivell de producció de cronicitat. Com sabem, molts sistemes de salut mental, malauradament, acostumen a ser centrípets i no centrífugs, és a dir, són sistemes que no atenen la salut mental sinó més aviat el trastorn o la patologia, i s'organitzen en base a la aquesta premissa, des del nostre punt de vista errònia, o si més no insuficient. Amb això volem dir que a vegades el fet de no fer ús del sistema de salut és un indicador negatiu en termes de patiment mental i aflicció, però a vegades el fet d'entrar a formar part del circuit té efectes també molt nocius. Ser diagnosticat amb un trastorn psiquiàtric en el nostre context actualment té conseqüències encara molt totalitzadores sobre l'experiència, i com diria Goffman (2009), *mutiladores del jo*.

Com veurem en un dels següents apartats i en la nostra etnografia, l'estigma en totes les seves manifestacions és una de les conseqüències principals de les formes d'atenció establertes i en l'organització del sistema de salut mental. I per tant, serà també un dels fenòmens principals a l'hora d'entendre els processos de s/m(p)/c dels homes. Existeix, per exemple, un estigma associat a demanar ajuda als homes. Pensar que els altres estigmatitzaran els homes que consulten també influeix i fa que costi més demanar ajuda o consultar un/a professional (Barney, Griffiths, Jorm, i Christensen, 2006).

Altres estudis que interpreten o desgranen aquesta relació entre masculinitat i demanda d'atenció o demanda de suport mencionen altres factor que són fonamentals per a la comprensió d'aquesta relació:

**Teràpia***:* té efectes positius per igual en homes i dones (Staczan *et al.,* 2017), però per tendència general als homes els costa més involucrar-s'hi (Johnson *et al.,* 2012). Hi ha, per tant, una resistència a la teràpia per part dels homes (Oliffe, Robertson, Kelly, Roy i Ogrodniczuk, 2010). Novament, existeix una relació entre adherència al model de masculinitat i abandonament precoç de la teràpia i/o sentiment d'ambivalència respecte a aquesta (Lorber i Garcia, 2010; Pederson i Vogel, 2007).

**Campanyes de sensibilització***:* S'ha demostrat (en el món anglosaxó[41]) que les campanyes específiques ajuden a millorar el *help-seeking* en homes. Podem posar com a exemples el "Heads Up Guys" (Canadà) (Ogrodniczuk, Oliffe i Beharry, 2018) i "Real Men, Real Depression" (EEUU) (Rochlen, Whilde i Hoyer, 2005). Els pocs estudis/intervencions que s'han fet en aquest sentit, sobre l'impacte de les campanyes en les persones socialitzades com a homes, han donat bon resultat a l'hora de *desestigmatitzar* i promocionar la demanda d'ajuda/ atenció en homes (Primack, Addis, Syzdek i Miller*,* 2010; Strokoff, Halford i Owen, 2016).

**Barreres de gènere en els dispositius d'atenció***:* En general, ens trobem davant d'una inadequada formació dels i les professionals de la salut en perspectiva de gènere (Mellinger i Liu, 2006; Williams i McBain, 2006) i concretament en el camp de la salut masculina des d'aquesta mirada (Mahalik, Good, Tager, Levant, i Mackowiak, 2012). A això hi hem de sumar els biaixos de gènere o estereotips de masculinitat interioritzats (Owen, Wong, i Rodolfa, 2009), les barreres estructurals dels mateixos serveis o dispositius (Courtenay, 2000; Robertson, 2001; Seymour-Smith Wetherell i Phoenix, 2002; Seidler, Rice, Oliffe, Fogarty i Dhillon, 2017) i la manca d'estudis on s'avaluïn com funcionen els recursos i tractaments dissenyats amb perspectiva de gènere i pensats per a homes (Cochran, 2005; Rochlen i Rabinowitz, 2015). No ens referim a dispositius només adreçats a homes o exclusius per a ells, sinó a dispositius, que poden ser mixtos o no, però que han d'estar pensats en base a com el gènere i la construcció social de la masculinitat impacta en la salut (mental) masculina (de la mateixa manera que és necessari que es dissenyin i s'organitzin els recursos de salut adreçats a dones en base a com el gènere, les desigualtats i violències impacten sobre la seva salut mental). Caldria apostar en aquest sentit, no només per estudis quantitatius –els quals tendeixen a estudiar la masculinitat com a concepte unitari i *binarista*–, sinó també per estudis qualitatius, els quals permeten estudiar les masculinitats de manera més fluida i dinàmica (Seidler *et al.,* 2016).

**Guies específiques per a professionals***:* Tot i que està demostrat que els homes consulten més si el dispositiu és accessible i apropiat (Galdas *et al.,* 2005; Englar-Carlson i Kiselica, 2013; Spendelow, 2015), existeixen poques guies per a professionals amb recomanacions

[41] En el nostre context no he trobat campanyes específiques sobre salut mental adreçades a homes amb perspectiva de gènere.

en aquest sentit, i les que existeixen (món anglosaxó) es basen més en el com que en el què (Mahalik *et al.,* 2012). Seidler, Rice, Ogrodniczuk, Oliffe i Dhillon (2018a) afirmen també que hi ha una saturació de recomanacions en comparació a la carència de base empírica que en demostri l'eficàcia.

Per últim, i centrant-nos en el nostre context més proper, un estudi sobre malestar adolescent fet a Catalunya (Martínez-Hernáez, Carceller-Maicas, DiGiacomo i Ariste, 2016), el qual buscava comprendre la raó de l'evitació dels recursos de salut mental per parts dels adolescents en relació al tipus de suport social que necessitaven per afrontar el malestar depressiu, confirma esquemes en la *help-seeking* influïts pel gènere. S'hi va poder observar, entre d'altres elements, que els nois busquen relacions amb els iguals que els ajudin a autocontrolar-se, mentre que les noies tenen tendència, més aviat, a buscar ajuda per aprofundir i entendre millor d'on venien els seus problemes. Això explicava una menor capacitat o aptitud a l'hora d'identificar i explicar el seu malestar, cosa que provocava menys utilització dels serveis de salut mental. A nivell català aquest va ser un dels estudis principals a l'hora de plantejar la hipòtesi de partida de la nostra investigació, segons la qual l'adherència al model de masculinitat hegemònic té un impacte directe en les formes d'expressar i tractar el patiment mental dels nois joves, i ens permet enllaçar amb la qüestió del suport social i la importància d'analitzar-lo en termes *sexegenèrics* i en relació al patiment mental.

#### 2.2.2.1. Suport social

Per entendre les tendències masculines a l'hora reaccionar davant de qualsevol tipus de malestar, aflicció o patiment de tipus psíquic, és important tenir en compte els patrons masculins a l'hora d'establir xarxes de cures i suport social. En principi partim d'un model de masculinitat hegemònica, en els països occidentals, on l'autonomia i l'individualisme s'estableixen com a ideals culturals –per als homes especialment, però no només– i van en detriment del reconeixement de la interdependència, la vulnerabilitat i les cures per al sosteniment de la vida. Aquestes idees es veuen reforçades i es retroalimenten amb els ideals individualistes de l'home *self-made* produïdes com a resultat i requisit del sistema econòmic capitalista postindustrial.

Bleichmar (1986), des de la psicoanàlisi, anomenava *autosuficiència prestigiosa* a aquesta característica o *creença matriu* de la masculinitat. Això ens remet a la dualitat o contradicció entre masculinitat com a generadora de patiment – o en aquest cas limitadora de les possibilitats d'accedir a suport davant de situacions d'aflicció– i masculinitat com a construcció eficaç atès que aporta prestigi i poder. Ser un home és "no depender de nadie" (Bonino, 2000) i aquesta norma es manté a partir de castigar o negar qualsevol expressió de necessitat respecte a l'altre/a. Una ficció segons la qual es pot viure sense suport o de manera independent, idea que manté una relació de tensió amb la interdependència com a condició necessària per a la vida. És evident, per tant, que aquesta tibantor augmentarà en moments de més aflicció o patiment.

Segons les 15 històries de vida masculines que presenten McKenzie, Collings, Jenkin i River (2018), una forma de resoldre o gestionar aquesta tensió és mantenir dues formes d'expressar i relacionar-se diferents –en l'àmbit públic i en l'àmbit privat–: "men maintained a hegemonic pattern of masculinity in public while seeking emotional support from women in private" (p.1249). El mateix estudi planteja una diferència interessant entre dues maneres o dimensions del suport social: el *suport instrumental* i el *suport emocional*. En l'estudi, el suport instrumental és la dimensió que predomina entre homes, i el suport emocional el busquen els homes en les dones. Aquest patró té a veure amb la socialització masculina, segons la qual la invulnerabilitat s'ha de demostrar especialment davant la mirada d'altres homes, un aprenentatge moltes vegades reforçat per experiències doloroses i insatisfactòries precedents quan hi ha hagut un intent de compartir emocions entre homes. També té a veure amb l'associació de la feminitat amb l'emocionalitat, segons la qual amb elles sí que està permesa l'emoció, i per tant la resposta davant d'una demostració de vulnerabilitat o emocionalitat serà positiva en la majoria d'ocasions. Aquest patró es dona en contextos més informals però també en relacions mediatitzades per la professionalització. Com veurem en els propers capítols, la feminització de les cures en el camp de la salut mental és evident, –de la mateixa manera que existeix una masculinització de la psiquiatria com a disciplina i pràctica professional–, i això fa que tant a nivell professional, com familiar, social i comunitari, es produeixi una sobrecàrrega de les cures en les dones (Comas-d'Argemir, 2017).

Hi ha pocs estudis sobre el que Spendelow (2015) anomena les *coping strategies* (estratègies d'enfrontament) davant del patiment mental i centrades en el suport social, que fan servir

els homes davant del patiment mental. No és casual que això sigui així, ja que les estratègies d'enfrontament –que també podem anomenar d'*autoatenció*[42]– a través de la pròpia xarxa estan considerades com a no masculines (O'Brien, Hunt, i Hart, 2005; O'Brien, Hart, i Hunt, 2007). Seidler *et al.* (2016) parlen d'estratègies poc eficaces si valorem la capacitat d'obtenir suport o ajuda per part dels homes i les anomena *maladaptive coping styles*. En general, els homes busquen més aviat estratègies de tipus instrumental o d'ocultació davant de situacions de patiment. En un estudi de Mahalik i Rochlen (2006), pregunten a homes sobres les seves estratègies, i la segona més comunicada és "esperar a veure si se'm passa", per sobre de "parlar amb un millor amic" o "distraure'm a través d'activitats[43]". En el cas de l'estudi fet a Catalunya que mencionàvem anteriorment (Martínez *et al.,* 2016), passava quelcom similar: els nois busquem la distracció i el control a través de les amistats o el *grup d'iguals*[44] (ús instrumental de la xarxa), mentre que les noies adolescents tendeixen més a buscar l'expressió emocional i a compartir emocions per entendre els problemes o malestars que tenen. En altres paraules i simplificant-ho molt, elles volen parlar, ells oblidar. Elles parlen per després oblidar. Ells obliden per poder parlar.

Tot i que el patró d'autosuficiència és l'hegemònic, existeixen formes de resistència i alternatives a l'hora de gestionar el social suport i la relació entre masculinitat, vulnerabilitat i xarxa de cures. Com hem comentat, una de les hipòtesis de partida de la investigació té a veure amb les possibilitats que obren els processos de s/m(p)/c en termes de qüestionament d'aquest pilar o *creença matriu* de la masculinitat. Gerschick i Miller (1994) ja van apuntar que els homes amb diversitat funcional de tipus físic podien crear projectes alternatius de masculinitat –resistència o rebuig a la masculinitat hegemònica– basats en una xarxa social més propera i amb més capacitat de donar/rebre suport. Dit d'altra manera, el fet de quedar fora de la masculinitat hegemònica com a conseqüència de la impossibilitat de complir amb els seus mandats (això pot venir donat per una experiència de patiment mental i les seves conseqüències, pel diagnòstic psiquiàtric, però també pel fet de ser homosexual o anar amb

[42]Concepte proposat per Menéndez (1984, 2005) que presenta un gran valor explicatiu a l'hora d'explicar els processos d'atenció o cura que no passen pel sistema hegemònic o publico-privat d'atenció.
[43]Traduccions pròpies.
[44]Utilitzem la idea de grup d'iguals en termes d'edat i moment vital, però creiem que cal problematitzar aquesta expressió i veure si és pertinent nivell analític. Moltes vegades el grup d'iguals està ple de desigualtats en termes de poder (en relació al gènere, a la classe etc.). Cal buscar altres expressions que incloguin aquesta doble dimensió o que siguin menys confuses en aquest sentit.

cadira de rodes) rebaixaria la pressió –en alguns casos– que s'experimenta durant el procés de masculinització i permetria la transformació o flexibilització de la demanda d'autosuficiència en una espècie de *dependència legitimada socialment*, la qual cosa potenciaria relacions de reciprocitat i suport menys masculinitzades, en aquest sentit. Això no és extrapolable a la major part dels casos, on conviuen la vulnerabilitat, el patiment i la dependència amb un intent constant de negar o amagar aquestes dimensions. Com dèiem, en moltes ocasions podem observar un patiment proporcional a la polarització entre els dos extrems –autosuficiència/dependència o vulnerabilitat/duresa–. Tot i això, per minoritzades que estiguin, val molt la pena analitzar aquestes experiències d'influència mútua entre una masculinitat *subalterna* o *marginada* (*marginalitzada*) i formes de suport social basades en la reciprocitat i el reconeixement de la interdependència perquè ens aporten una informació molt interessant. Passaria quelcom semblant amb moltes dones amb diversitat funcional respecte a la feminitat. Com analitzen Pié-Balaguer i García-Santesmases (2015) a partir de cinc històries de vida, el fet de no encaixar amb el mandat de gènere femení (en aquest cas en relació a la maternitat però també en relació a un ideal de dona força masculinitzat que es planteja en termes de dona emancipada i autosuficient) els permetia escapar de situacions de constrenyiment i la possibilitat de reinventar-se com a dones. És a dir, la impossibilitat de complir el mandat de gènere permetria eludir-ne els efectes perversos. O dit d'una altra manera, ser *outsiders* del model hegemònic permet i sobretot justifica una desobediència plena de possibilitats.

Si tornem als homes amb diagnòstic de depressió, Spendelow (2015) parla de 5 tipus de *coping strategies* (o estratègies d'afrontament), les quals ens permeten situar algunes de les principals possibilitats en aquesta relació entre patiment i masculinitat:

**Promoció de la masculinitat tradicional (hegemònica):** independència (Johnson *et al.,* 2012), negació de les emocions negatives (Oliffe *et al.,* 2010) i implicació en conductes de risc (Oliffe *et al.,* 2012).

**Flexibilització de la masculinitat tradicional (hegemònica):** Masculinitats més flexibles, alineades amb les masculinitats alternatives. En la línia del que dèiem anteriorment, la depressió mateixa és vista com a representació d'una versió diferent de la masculinitat (Emslie, Ridge, Ziebland i Hunt, 2006) –fins i tot es produiria una mena de feminització dels homes amb depressió– i facilita o ajuda a una flexibilització de la norma de gènere (Oliffe, Kelly, Bottorff, Johnson i Wong, 2011; Coen, Oliffe, Johnson i Kelly, 2013). Connell i

Messerschmidt (2005) ja argumentaven que les masculinitats *no hegemòniques* poden ser conceptualitzades com a respostes dels homes *marginalitzats* o situats en la masculinitat marginal (homes amb diagnòstic psiquiàtric o *psiquaitritzats*, per exemple) davant de la masculinitat hegemònica.

**Depressió i trauma com a oportunitat:** en la línia de la psicologia positiva (Joseph, 2009) podem entendre un esdeveniment traumàtic com una oportunitat per a la confirmació de masculinitats més flexibles.

**Reforma o reformulació de la masculinitat** (Seidler *et al.,* 2016): sis dels estudis qualitatius analitzats (un 35 per cent) parlaven d'una transició cap a una masculinitat més fluïda o dialògica, la qual es flexibilitza en determinats contextos i permet la integració de la depressió. En aquest cas no s'abandonen els ideals de masculinitat relacionats amb força i autosuficiència, sinó que s'amplien els límits i es generen models amb més capacitat d'absorció del que aparentment –o segons un model més rígid– quedaria fora de la MH (Emslie *et al.,* 2006; Coen *et al.,* 2013).

Per últim, altres estudis que aborden aquesta relació entre patiment mental i masculinitat parlen també d'ocultació o minimització, però aquesta vegada posen el focus en l'aïllament i l'evitació de les relacions afectivosexuals que se'n deriva (Oliffe *et al.,* 2010), maniobra que té per objectiu protegir la imatge masculina. D'altra banda, Oliffe *et al.* (2012) parla d'estratègies o contextos on es pot contrarestar aquesta tendència a partir de suport social comunitari, religiós (Skärsäter, Dencker, Häggström i Fridlund, 2003) o a partir de família i amistats (Chuick, Greenfield, Greenberg, Shepard, Cochran i Haley, 2009), o fins i tot, com apareixerà en algunes de les entrevistes, a partir de l'atenció dels professionals de la salut mental.

Com veurem a continuació, podem considerar aquest model masculí restrictiu –en termes de demanda d'ajuda, vulnerabilitat i manca de xarxa de suport i de cures– com un dels factors (parcialment) explicatius d'un major suïcidi efectiu en homes, especialment durant la joventut, que és el que més ens interessa.

### 2.2.2.2. El cas paradigmàtic del suïcidi masculí

A Espanya, el suïcidi és la tercera causa de mort entre la població que va dels 15 als 29 anys. Segons les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2013) es suïciden 10 persones al dia, el 75,22% de les quals són homes i 24,78% dones (Navarro-Gómez, 2017). A nivell estadístic és evident que afecta molt més els homes que les dones; hi ha estudis que parlen d'una proporció de d'entre 1/3 i 1/7,5 entre dones/homes (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler iLee, 2008[45]). Altres diuen que els homes tenen dues vegades més possibilitats de suïcidar-se que les dones (Rosaldo-Millán, García-García, Alfeo-Álvarez i Rodríguez-Rosado 2014-15) o fins a 3-4 vegades més (Peate, 2010). Segons diversos estudis realitzats, les dones ho intenten més, però la proporció de suïcidi efectiu es decanta de manera clara cap als homes (Oquendo, Ellis, Greenwald, Malone, Weissman i Mann, 2001; Jalón i Peralta, 2002; Addis, 2011). Fins a 4 vegades més a nivell espanyol (Rosaldo-Millán *et al.*, 2014-2015). En la majoria dels casos ens trobem davant de morts més sobtades i violentes, moltes relacionades amb el fet de no suportar una situació de debilitat, patiment o vulnerabilitat (Oliffe, Broom, Kelly, Bottorff, Creighton i Ferlatte, 2018).

Com hem apuntat anteriorment, un dels elements principals per explicar aquesta tendència en relació al gènere té a veure amb la contradicció existent, en els països occidentals, entre una proporció menor de diagnòstic de depressió en homes –en termes epidemiològics, seria aproximadament de la meitat que en el cas de les dones (Kessler *et al.,* 2005; Wilhelm, Parker, Geerligs i Wedgwood, 2008)– en contraposició, com dèiem i segons les dades (Wasserman, 2000; Rihmer, Belso, i Kiss, 2002; Levi *et al.,* 2003; Moller-Leimkuhler, 2003; Wolfgang i Zoltan, 2007; Hawton i van Heeringen, 2009), amb una taxa de suïcidi efectiu molt superior en homes respecte a les dones (Luo, Wang, Wang i Cai, 2016). La hipòtesis principal en aquest tipus d'estudis és que existeix una manca de detecció de la depressió en homes com a conseqüència d'uns criteris diagnòstics que no contemplen la forma masculina d'expressar el malestar (Courtenay, 1998; Blair-West i Mellsop, 2001; Cochran i Rabinowitz, 2003; Winkler, Pjrek, i Heiden, 2004; Brownhill, Wilhelm, Barclay, i Schmied, 2005; Kilmartin, 2005; Winkler, Pjrek i Kasper, 2006). Dit d'altra manera, i segons diverses investigacions, l'externalització del patiment produeix patologia i suïcidi en els homes (Murphy i Wetzel, 1990; Verona, Patrick i Joiner, 2001) i no es detecta perquè no encaixa en els criteris diagnòstics , especialment

[45] Estudi de tots els països menys Xina i Índia.

en els casos de trastorns feminitzats, una tendència especialment marcada en el cas de la depressió i els trastorns afectius o de l'estat d'ànim (*mood disorders*).

Val a dir que gran part de la literatura científica que s'ha produït entorn del suïcidi masculí, especialment si mirem els estudis més de caire epidemiològic, parteixen d'una simplificació de la realitat que produeix una certa distorsió a l'hora d'analitzar les dades. En la majoria dels casos, s'usa de manera equivalent sexe i gènere, home i masculinitat, negant la diversitat existent dins d'aquest conjunt de persones que s'autodefineixen com a homes. Estadísticament es posaria al mateix sac un home *trans* que ha estat socialitzat com a dona fins als 24 anys d'un home *cisgénere*[46], o un home nascut a Barcelona i un home nascut a Burkina Faso. Això produeix distorsions importants en l'anàlisi, i exclou factors que poden ser més explicatius, si s'apliquen de manera interseccional, del fenomen. De totes maneres, no tots els estudis sobre masculinitat i salut mental parteixen d'aquest punt de vista. Cada vegada existeixen més estudis que no parlen tant d'home sinó d'adherència a la masculinitat o a les normes de la masculinitat. Seidler, Rice, Dhillon i Herrman (2018b), després d'analitzar dades sobre que 13.884 homes australians, conclouen que l'adherència a les normes masculines o a la masculinitat hegemònica (especialment aquella dimensió que té a veure amb l'autosuficiència) augmenta el risc de suïcidi. La socialització masculina en aquest cas provoca poca *literac*y (ho podem traduir per *alfabetització*) emocional, pocs recursos per gestionar determinades situacions de patiment i per tant, una externalització dels símptomes, i és el suïcidi, segurament, l'exemple més dràstic d'aquesta externalització. Això dificulta la detecció, diagnòstic i tractament.

Per tant, hi ha determinats ideals culturals de masculinitat hegemònica –competitivitat, control emocional, racionalitat i valentia– (Connell, 2005; Riska, 2009; Williams, Stephenson i Keating, 2014; Rosado-Millán *et al.,* 2014-15; Boise i Hearn, 2017) que es troben en l'etiologia del *patiment mental excessiu* (Talarn *et al.,* 2014) i que estaria darrere de molts dels suïcidis. En la línia de desmuntar l'automatisme binarista i la cadena simbòlica que parteix de l'equivalència (o simplificació) entre mascle-home-masculinitat (hegemònica, heterosexual, blanca etc.) existeixen estudis amb mirada interseccional, els quals demostren un major risc de suïcidi si aquests homes pertanyen a un grup ètnic minoritzat, (Gough, Robertson i

[46] La seva identitat de gènere coincideix amb el seu sexe i el gènere que se li va assignar en néixer.

Robinson, 2016), els quals pateixen més per culpa dels efectes de la discriminació, l'estigma i el prejudici (Berger i Sarnyai, 2015; Kaira, Ventriglio i Bhugra, 2015; Hatch, Gazard, Williams, Frissa i Goodwin, 2016; Wallace, Nazroo, i Bécares,2016) o els que estan a la presó (Wilkins, 2010), per posar un parell d'exemples.

En la mateix línia però de manera més específica, aportem tot seguit diferents estudis que focalitzen la seva anàlisi en la relació entre suïcidi i masculinitat, però centrant-se en alguns dels aspectes en els quals caldria desgranar-la:

**Manca de xarxa social o de suport social:** manca de recursos derivada d'una tendència masculina de defugir dels contactes íntims, propers i espais on mostrar-se vulnerable. Tanmateix és una conseqüència de la naturalització de la masculinitat com una posició no mereixedora de cap tipus d'anàlisi, derivada de la seva posició de privilegi (Williams, Stephenson, i Keating, 2014) o negació de la seva condició *generitzada*.

**Silenci davant de la vulnerabilitat i la debilitat** (Addis, 2011): Una de les formes principals de negació del patiment mental (vista socialment com una forma de debilitat o vulnerabilitat) es produeix a partir del silenci. El silenci és una forma de gestió emocional que redueix el patiment a la dimensió individual i que s'aprèn de manera productiva o punitiva. Veure un pare que mai exterioritza el seu malestar o dolor davant dels seus fills/filles és una forma productiva d'aprenentatge; *la masculinitat és això*. Reaccionar davant d'una emoció dolorosa dient "no ploris que ja ets gran" o "els homes no ploren" és una forma d'educar emocionalment en el silenci, aquesta vegada des del seu vessant més punitiu o coercitiu. Aquest silenci après –no en tots els casos és així, ni molt menys– genera el que Bonino anomena "patologies masculines invisibles" (2000) i Riska (2009) anomena *Invisibilidad masculina*[47], una forma de patiment (que pot derivar en quelcom que podem considerar patològic o *excessiu*) específica i una manera específica de respondre o relacionar-se amb el patiment, que en determinats casos s'expressa a través de l'autòlisi. Això té a veure, com hem dit anteriorment, amb les estratègies d'afrontament (*coping strategies*); que en el cas de les dones o de la feminitat tendeixen a ser de caràcter més emocional, expressiu i intuïtiu. En el cas dels homes o la masculinitat, però, es tendeix més a estratègies *instrumentals* (Oliffe *et al.,* 2018).

[47] Traducció pròpia.

***Breadwinner* o Rol proveïdor:** Com hem esmentat a l'inici del capítol, la provisió està directament relacionada amb l'estatus que ocupa un home a la societat (Valdés i Olavarría, 1998) i és un aspecte clau de la masculinitat hegemònica. Això explicaria que amb la crisi del 2007-2008 i el creixement de l'atur augmentés la taxa de suïcidi (Cooper, 2011; Mattingly, Smith, i Bean, 2011; Milner, Page, i LaMontagne, 2012, 2013) i que l'acomiadament o les pèrdues econòmiques fossin una de les principals causes de les crisis a nivell de salut mental (Williams et al, 2014).

Hem descrit fins aquí alguns elements importants per entendre aquesta relació entre patiment mental i masculinitats. Uns altres dels aspectes importants a tenir en compte per analitzar aquest fenomen tenen a veure amb les manifestacions concretes de l'estigma en aquest col·lectiu i amb perspectiva de gènere.

## 2.3. | Patiment mental i estigma masculí

Des que Goffman (2008) va proposar la noció d'estigma, com a objecte d'estudi de les ciències socials, s'ha fet servir el concepte per explicar fenòmens socials molt diversos i s'ha produït molta literatura científica al respecte. Aquesta idea d'*atribut profundament desacreditador* ha servit com a punt de partida per a la comprensió de les implicacions socials que té ser definit en base a una "clase especial de relación entre atributo y estereotipo" (p.16). Un enfocament que emmarca l'estigma dins d'un context relacional, en el qual la desviació de la normalitat o *situació defectuosa* del subjecte es determina socialment i a partir de la mirada de l'altre/a. Goffman ho conceptualitza a través de la discrepància existent entre *identitat social virtual* –com la persona és caracteritzada per la societat– i la *identitat social real*[48]–conjunt d'atributs que realment una persona posseeix–. Fent una analogia amb la diferència que planteja Terradas (2000) entre "identificación jurídico-política" i "identidad vivida/cultural", podríem dir que l'estigma és una forma d'identificació, provinent de l'extern del subjecte però que té impacte en la seva *identitat viscuda*. Es tracta d'un procés moltes

[48]Tots els termes o conceptes mencionats en català (cursiva) en aquest paràgraf són traduccions pròpies en base a l'edició de l'edició castellana de Estigma: La identidad deteriorada publicada per Amorrortu (Goffman, 2008).

vegades precedit del diagnòstic psiquiàtric (associat en la majoria dels casos al tractament medicamentós i/o procés terapèutic).

Segons l'antropòleg català, *la identitat viscuda* –la qual esdevé identitat cultural– es construeix a cavall entre allò individual i allò col·lectiu, entre aquelles significacions personals i la "memoria de los cronotopos comunes" (2000, p.64). I això ho podem extrapolar als processos individuals-col·lectius de s/m(p)/c on es produeix una sedimentació de fets (primera crisi, fets que desencadenen el patiment, etc.) o memòria d'aquests fets en forma de biografia del subjecte. La identificació, en canvi, és "un proceder ajeno a la identidad como algo vivido. Es su alienación: reducción y conversión abstracta de una memoria de vida en un signo de pertenencia o estigma político" (Terradas, 2000, p.64). Seguint amb aquest paral·lelisme, i tal i com planteja Mercadé (2011), la identificació equivaldria al diagnòstic medicopsiquiàtric, amb l'estigma que s'hi associa socialment, afegiríem, i això constitueix l'acte a partir del qual s'identifica i s'anomena el patiment. Aquesta designació, extern al subjecte (tot i que moltes vegades és acceptat i fins i tot recolzat per ell/a mateix/a), té una sèrie d'efectes socials; la identitat es deteriora i per tant l'estigma (identificació) tendeix a substituir o sobreposar-se a la identitat. És evident que aquest procés no és unidireccional ni és automàtic, es produeixen sempre negociacions i resistències (Turner, Oakes, Hallam i McGarty, 1994; Crabtree, Haslam, Postmes i Haslam, 2010) en funció de la capacitat d'agència del subjecte i l'entorn. El que volem dir amb aquesta metàfora és que la *identificació* externa (diagnòstic i estigma conseqüent) pot condicionar o sobreposar-se a la identitat, en un procés que es coneix com a *interiorització de l'estigma* (o autoestigma), però que no són processos automàtics ni extrapolables a tota la població estigmatitzada.

Imaginem-nos una persona que té al·lucinacions auditives, les quals el fan patir i no el deixen continuar fent determinades coses que l'omplen i li agraden. Quan aquesta persona es visiti amb el psiquiatre o la psiquiatra es produirà, molt possiblement, un diagnòstic, una identificació externa que pot provocar conseqüències socials (*hetero* i *auto* estigma). En funció de l'itinerari posterior d'aquesta persona aquest procés d'identificació tindrà més o menys èxit. Pot ser que aquesta persona s'identifiqui amb el diagnòstic i fins i tot experimenti molt alleugeriment pel fet de posar nom al seu patiment, pot ser que no; pot ser que busqui maneres d'entendre el perquè d'aquestes veus i maneres d'afrontar-les o pot ser que dipositi totes les seves expectatives en la medicació psicofarmacològica (amb tots els grisos existents i possibles). En aquest procés l'estigma –menys o més

interioritzat en funció de cada cas– serà un procés d'identificació extern que condicionarà la identitat del subjecte. Aquest procés es dona en un context cultural que percep el trastorn mental i el patiment com a fracàs (responsabilitat individual) i desgràcia (arbitrari, sense responsabilitat de subjecte, depèn de la dopamina i la serotonina) alhora. Com apunten Crocker, Major i Steele (1998), aquesta identitat socialment devaluada esdevé i s'emmarca en un context social que defineix l'atribut *desacreditador*, que l'identifica, afegim nosaltres.

Per allò que estudiar la desviació és una manera d'entendre la norma, parlar d'estigma és analitzar *allò que importa* en un context determinat, que no és res més que la vida quotidiana dels subjectes. La idea de «experiència moral» de Kleinman (1997, 1999 i 2006), com a essència moral de l'experiència social corrent, ens serveix, en aquest cas, per situar en el centre de la nostra anàlisi antropològica *allò* que realment «està en joc» (Lawrence, Kleinman, Linka, Phelanc, Leed i Good, 2007) en cada context, la qual cosa no deixa de ser una construcció col·lectiva. En el nostre cas, *allò que importa* és el més important per a la quotidianitat dels nois joves. Però sobretot ens interessa fer aquest exercici en clau de gènere. Com es construeix aquest estigma en masculí? Es veu igual el noi diagnosticat que la noia diagnosticada? Té els mateixos efectes o incideix en les mateixes àrees del subjecte?

Si apliquem la interseccionalitat, com a mirada analítica, podem veure com es construeixen situacions de discriminació particulars en funció dels eixos d'opressió - privilegi que travessen cada subjecte o grup. I aquests eixos no funcionaran com un sumatori d'opressions o privilegis, sinó com una articulació o com una combinació particular entre les diferents dimensions. Nosaltres ens focalitzem en la interacció entre masculinitat i patiment psíquic, tot i que tindrem en compte d'altres factors (com l'edat, la classe social o la preferència sexual) per fer l'anàlisi en la seva complexitat.

Segons alguns estudis, l'estigma és un dels factors claus que fa que els homes no accedeixin o accedeixin menys als dispositius de salut mental (Jeffries i Grogan, 2012, per exemple). Existeix una diferència de gènere, en la majoria de països occidentals, segons la qual els homes experimenten una experiència de rebuig superior i més vergonya (Holzinger, Floris, Schomerus, Carta i Angermeyer, 2012) en el camp de la salut mental. Una de les explicacions principals, com ja hem desenvolupat en el punt anterior, té a veure amb l'estigma de dèbil

o depenent. Si ets home està més mal vist, i per tant mes estigmatitzat, demanar ajuda o assistir a un recurs de salut mental en busca d'atenció (Oliffe *et al.,* 2016; Lucksted i Drapalski, 2015). Això explicaria, en part, menor diagnòstic dels trastorns afectius o de l'estat d'ànim. En la línia teòrica que hem mantingut fins aquí, el que hi ha darrere de l'estigma masculí associat a la mostra de debilitat o al *help-seeking* és la construcció de gènere masculina i l'adherència a un model hegemònic deslegitima o impossibilita la recerca de suport i la demostració de vulnerabilitat.

Segons l'estudi de Vogel *et al.* (2011), aquells homes que adopten o s'adhereixen al que ell anomena "traditional masculine norms" tenen menys probabilitats d'assistir als recursos de salut mental perquè tenen més tendència a l'*autoestigma* en aquest sentit. Vist des de l'altra banda, podem dir que l'home demandant d'ajuda o atenció ha de passar per un trencament amb la masculinitat hegemònica. Fem aquest segon matís per podem analitzar aquesta relació no només com a limitació, sinó també com un camp obert al replantejament de la MH a partir de programes específics per a homes en el camp de la salut mental.

En aquest sentit, és important analitzar la relació que hi ha entre les idees culturalment establertes i com aquestes impacten en la subjectivitat i la pròpia construcció identitària. Podem parlar de dos nivell o dimensions de l'estigma interrelacionades: l'estigma públic/ extern (nivell social) i el privat/personal/intern (individual o *self-estigma*) (Corrigan, 2002; Corrigan i Watson, 2002; Corrigan, 2004; Vogel, Wade i Haake, 2006). Aquest patró de major estigma en homes es manté tant en la dimensió externa de l'estigma com en la interna. En un estudi de Kobau, DiIorio, Chapman, Delvecchio i SAMHSA/ CDC Mental Illness Stigma Panel Members (2010) els homes treuen més puntuació a l'hora de respondre a les preguntes sobre els estereotips i creences associades al trastorn mental i presenten actituds més negatives que les dones que responen a les mateixes preguntes. Un altre estudi apunta una tendència semblant pel que fa al contagi de l'estigma. Segons aquest estudi, conèixer alguna persona amb depressió comporta un estigma menor per a les dones que per als homes (Wang *et al.* 2007; Wang i Lai, 2008). En aquest sentit, es produeix un procés on l'estigma públic es va interioritzant (Wasylkiw i Clairo, 2016) i això condiciona els processos de s/m(p)/c. En aquest itinerari, segons Cook i Wang (2010), també es produeix una diferència en termes de gènere: els homes interioritzen més l'estigma i per tant presenten major *self-stigma* que les dones.

Més enllà de poder analitzar els graus d'estigmatització en clau de gènere, cal tenir en compte també com es construeix aquest estigma i quines idees s'associen socialment a l'home i a la dona diagnosticada, respectivament. Són les mateixes? Quines idees trobem darrere de l'estigma masculí i del femení? En el cas de la relació entre estigma, diagnòstic psiquiàtric i masculinitat hem de diferenciar dos estigmes diferents o construïts sobre idees diferents en funció del tipus de trastorn. En el cas d'aquelles idees associades a l'espectre ansiós depressiu (DSM i CIE) o neuròtic (nomenclatura més de caire psicodinàmica), com hem anat comentat, l'estigma té a més a veure amb la debilitat, la dependència i la vulnerabilitat. La *identificació* amb un trastorn feminitzat com la depressió posa en qüestió la masculinitat social. En canvi, tal i com hem vist anteriorment, quan ens referim a l'estigma associat a trastorns de tipus més esquizoide o psicòtic l'estigma té a veure amb la imprevisibilitat i la perillositat (Oliffe *et al.,* 2016). En aquest segon cas la masculinitat podem dir que es posada en dubte per excés, mentre que el primer cas es posada en dubte per defecte.

*Atenció: Professional i serveis*

L' estigma associat a la masculinitat *psiquiatrizada* o amb un trastorn mental té un impacte important en termes d'organització de la xarxa de recursos i dispositius de salut mental, especialment quan els professionals no són conscients d'aquest biaix de gènere. Em refereixo especialment al camp psiquiàtric i a la medicina generalista, on l'adherència al model biomèdic –a diferència d'altres sectors on el model psicològic o ecològic té més influència (Suls i Rothman, 2004)– dificulta la presa en consideració de factors que tenen més a veure amb l'ordre sociocultural.

Com es manifesta aquesta negació (o invisibilització) del factor gènere en el camp de l'atenció? En primer lloc, i com ja hem explicat, el biaix androcèntric, la patologització de la feminitat (exemple de la depressió) i una feminització dels serveis fa que sigui més difícil que es diagnostiquin homes i més fàcil que es diagnostiquin dones (Affleck *et al.,* 2018). Existeix una pressuposició historicocultural que afecta el camp mèdic segons la qual les dones tenen més problemes de salut mental, i això té unes conseqüències evidents a nivell d'organització dels recursos i l'atenció (Kovess-Masfety *et al. ,* 2014). A l'altre extrem de la patologització de la feminitat hi trobem professionals que tenen més tendència a rebutjar homes que

dones a l'hora de tractar-los (Philip, 1964[49]), i més dificultat per detectar simptomatologia depressiva en homes (Potts *et al.,* 1991).

En segon lloc, també hi trobem tendències *generitzades* a nivell de tractament i *autoatenció*. Segons un estudi fet a 10 països d'Europa sobre l'ús dels dispositius de salut mental en clau de gènere (Kovess-Masfety *et al*., 2014), els metges i les metgesses generalistes recepten més psicofàrmacs a les dones que als homes, la qual cosa té a veure amb el fet que van més al metge, però també amb aquesta patologització de la feminitat o medicalització del malestar femení. Aquest mateix estudi ens diu que les dones busquen més teràpies alternatives i que tenen més possibilitats d'assistir a una teràpia que els homes, els quals, com a conseqüència dels mandats de la masculinitat hegemònica, tenen més dificultats a establir una relació de certa subordinació amb el o la professional de la salut (Courtenay, 2000) i obrir-se a parlar d'emocions i problemes personals (Kovess-Masfety *et al.,* 2014). Altres estudis afirmen que els homes busquen més aviat una solució ràpida, fet al qual cal sumar el conflicte que es produeix entre rol de gènere (masculí) i rol de pacient (més estigmatitzat en el cas dels homes), que podria estar darrere del fet que els homes tendeixen més a l'automedicació o tractament farmacològic i al consum de drogues (alcohol especialment) i menys a fer ús dels circuits de salut (Pederson i Vogel, 2007) i de la teràpia.

## 2.4. | Conseqüències per a les dones i l'entorn

Malgrat que no és objecte d'aquesta etnografia analitzar les conseqüències de la Masculinitat Hegemònica o l'impacte que tenen els patrons culturals associats a la masculinitat per a les dones i l'entorn dels homes, sí que partim de dues premisses clares que hem anat situant en aquests primers apartats. En primer lloc, els estudis sobre masculinitats neixen com a conseqüència dels postulats feministes i la identificació de determinats ideals culturals de masculinitat com a causes de moltes violències i desigualtats. Per tant, tot estudi sobre aquesta matèria ha de buscar comprendre aquest fenomen per a una millora de la qualitat de vida dels homes amb patiment (moltes de les violències les pateixen altres homes o van adreçades

[49]En aquest cas caldria estudiar si aquesta tendència s'ha mantingut amb els anys, ja que es tracta d'un estudi molt antic.

a un mateix), però sense oblidar que l'objectiu és també poder transformar un model de masculinitat nociu per evitar el patiment i la violència que aquest genera per a les dones, les persones menors i l'entorn. En segon lloc, analíticament no podem entendre la relació entre vulnerabilitat/patiment i masculinitat sense entendre la relació entre feminitat i vulnerabilitat. El procés de feminització de la masculinitat *psiquiatritzada* o que expressa vulnerabilitat ens recorda, novament, que es poden fer estudis acotats o més centrats en dels dos gènere (per fer un estudi antropològic cal retallar i escollir un el fragment de la realitat concret), com és el nostre cas, però mai oblidant que l'esquema *binarista* del sistema sexe - gènere requereix d'una anàlisi basada en la relació que s'estableix entre masculinitat i feminitat.

Com hem apuntat durant aquest capítol, una de les principals conseqüències del model de masculinitat per a les dones és conseqüència de la relació entre aquest model i les formes de dominació o competitivitat (en detriment de la cooperació), la violència i la ràbia com a única forma d'expressió d'emocions legitimada (tot i els canvis que s'han produït en aquest sentit), un model que produeix tot tipus de violències, moltes d'elles encara acceptades o socialment permeses. L'externalització dels símptomes vinculada al model masculí es transforma, per tant, en més violència cap a l'entorn (Arenas i Greif, 2000; Wilson i Durbin, 2010) i cap a les dones. Una de les màximes expressions d'això és la violència sexual, on el que està en joc no té a veure amb la sexualitat com a desig o plaer, sinó com a mitjà per a la dominació dels homes respecte a les dones. Com diu Segato (2016), la violència sexual o una agressió concreta envia, cada vegada, un missatge a la dona agredida, però també a totes les dones sobre qui té el poder. Alhora, afegeix l'autora, envia un missatge als altres homes orientat a reafirmar i actualitzar la seva pròpia masculinitat. Per tant, la construcció de la sexualitat masculina (construcció social del desig) i la seva centralitat en la MH i la salut dels homes no es pot entendre sense aquesta dimensió, com dèiem en el primer capítol, productiva, i si es vol *biopolítica,* del poder.

Una segona conseqüència, segons McKenzie *et al.* (2018), és la sobrecàrrega pel que fa l'*emotional support.* Molts homes només expressen determinats malestars amb dones del seu entorn o només són capaços d'establir relacions de cura amb dones. Un model de feminitat basat en la cura de les altres persones i en la idea que les persones t'estimaran no per qui ets, sinó per totes aquelles cures que aportes (idea que pot tenir conseqüències nefastes) en contraposició a un model de masculinitat que es basa en la individualitat i la futilesa de les emocions i la cura, que genera un repartiment de les cures desigual, el qual,

en termes generals, recau més en les dones que ens els homes. Aquesta desigualtat fa que les relacions entre homes i dones esdevinguin beneficioses per a ells i nocives per a elles. Segons McKenzie et al. (2018, p1257) "While men's mental well-being may benefit from supportive emotional relationships with women, one-sided relationships may undermine women's mental well-being".

Malgrat que ens centrem en la masculinitat i en les narratives de persones socialitzades com a homes, cal que no oblidem aquesta dimensió en cap moment per l'elaboració d'un estudi amb capacitat de focalitzar, però sense perdre de vista l'estructura social sencera. El mateix passarà amb altes factors socioeconòmics que s'articularan i condicionaran la relació masculinitat - salut mental.

## 2.5. | Altres factors socioeconòmics

En la bibliografia consultada hem trobat altres factors socioeconòmics que poden complementar o que són necessaris per entendre com es distribueix el patiment psíquic en el camp masculí i a partir de diferents variables socioeconòmiques. Tot seguit mencionem les més destacades:

- **Nivell d'estudis i classe social:** les persones sense feina, amb baix nivell educatiu i pobres tenen més probabilitat d'assistir a l'atenció primària, mentre que les persones amb un nivell d'estudis elevat tenen més tendència a fer ús dels serveis especialitzats –salut mental entre d'altres– (Have, Oldehinkel, Vollebergh i Ormel 2003; Kovess-Masfety et al., 2014) i a estigmatitzar menys (Corrigan i Watson, 2007). Hi ha més risc de depressió en estudiants homes que fracassen que en dones (Oliffe *et al*., 2010).

- **Hi ha més risc de depressió en les classes baixes** (Soares, Macassa, Grossi i Viitasara, 2008), principalment en dones. Segons l'estudi de Martínez *et al.* (2016), les dones adolescents catalanes de classe desafavorida que se senten deprimides arriben al 50% si afegim factors com el nivell educatiu o la monoparentalitat.

- El fet **d'haver treballat molts anys** acostuma a ser un factor de protecció per als homes,

és dir, aquests tenen menys risc de rebre un diagnòstic de depressió (Butterworth, Gill, Rodgers, Anstey, Villamil i Melzer, 2006).

- Els **homes no heterosexuals acostumen a tenir més probabilitats de demanar ajuda** davant d'una situació de patiment psíquic (Bakker, Sandfort, Vanwasenbeeck, van Lindert, i Westert, 2006; Tjepkema, 2008). Hipotèticament podem considerar que el fet de trencar amb l'*heterosexisme* associat al model de masculinitat hegemònic et situa fora de la masculinitat hegemònica i des d'aquí és més fàcil establir pràctiques dissidents o alternatives respecte al model.

- Per últim, també s'han estudiant les diferències entre estigma masculí en **l'àmbit rural i l'urbà**. Alguns estudis apunten que hi hauria més estigma cap a la depressió en homes de l'àmbit rural que de l'àmbit urbà (Oliffe et al., 2016). Com passa amb d'altres col·lectius estigmatitzats, i de manera hipotètica, l'espai urbà permetria més l'anonimat, el qual protegeix contra l'estigma.

## 2.6. | Adolescents i joves

Per tancar aquest capítol és important referir-nos a com aquests fenòmens es manifesten o es particularitzen durant l'adolescència i la joventut. Durant les darreres dècades s'ha produït un augment del diagnòstic psiquiàtric en adolescents i joves notable (Patel, Flisher, Hetrick i McGorry, 2007; Eckersley, 2011; Jerden, Burell, Stenlund, Weinehall i Bergström, 2011). Alguns autors parlen del 20 per cent (Berntsson i Köhler, 2001; Collishaw, Maughan, Goodman i Pickles, 2004). Altres metaanàlisis (sobre 27 països) més recents parlen d'un 13,4 per cent dels adolescents i nens/es amb trastorn mental (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye i Rohde, 2015). Només a Catalunya, entre 2010 i 2014, van augmentar en un 15 per cent el nombre de menors atesos i un 9 per cent el nombre de visites. La prevalença dels problemes de salut mental entre la població menor d'edat és més gran que entre la població adulta. A Catalunya es van atendre l'any 2014 62.6344 menors de 18, un 4,4% de la població, mentre que aquest mateix any es van atendre 169.919 persones adultes, només un 2,6% de la població major de 18 anys. Segons l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2018) l'any 2017, 66.501 persones menors de 18 anys van ser ateses en algun CSMIJ, un 5% més

que a l'any 2016. De les persones ateses, el 36,4% van ser nenes i 63,6% nens. La mitjana de visites anuals de la població atesa va ser de 6,3 (6,2 en nenes i 6,4 en nens), i s'ha mantingut estable en els darrers anys. El 9% dels menors atesos en un CSMIJ presenten un nivell socioeconòmic molt baix. Al llarg de 2017, els hospitals de la xarxa publica de salut mental que atenen població menor de 18 anys van realitzar un total de 1.864 hospitalitzacions d'aguts (el 59,4% de nenes i el 40,6% de nens). Aquí caldria afegir-hi les persones ateses per dispositius d'adults però que encaixen més en la categoria de jove o adultesa incipient.

L'adolescència i la joventut són moments amb alts nivells de vulnerabilitat i patiment, en els quals s'inicien una gran part dels itineraris de cronificació i/o exclusió de moltes persones diagnosticades. Segons l'Organització Mundial de la Salut, en el període d'un any, aproximadament el 20% pateixen un problema de salut mental, com depressió o ansietat (OMS, 2013). Segons la Societat Europea de Psiquiatria Infantil i Adolescent, la meitat dels trastorns psiquiàtrics apareixen per primera vegada abans dels 14 anys, i més del 70% abans dels 18 anys (Castro-Fornieles, 2015).

Caldria analitzar amb deteniment si aquest augment és causat per a un increment de les situacions del *patiment mental excessiu* durant l'adolescència i la joventut o a una patologització d'aquest patiment. Podem trobar arguments en ambdues direccions, fet que indica que és necessari comprendre aquest creixement de manera multicausal o com a mínim problemàtica. Tot i aquest augment, segueix havent-hi poca investigació al respecte, i especialment quan ens referim a estudis en aquest àmbit que contemplin la perspectiva de gènere (Gillander Gådin i Hammarström, 2005; Landstedt, Asplund i Gillander Gådin, 2009). Molts d'aquests estudis s'han centrat en factors individuals com les hormones o la genètica (Angold, Costello i Worthman, 1998) o en les característiques psicològiques (Nolen-Hoeksema, Larson i Grayson, 1999; Piccinelli i Wilkinson 2000) i pocs en la seva dimensió sociocultural.

Molts dels patrons de gènere estudiats durant l'adolescència s'assemblen o comencen a definir-se de la mateixa manera que hem vist fins ara en referència a la població general. A partir dels 13 anys, i com veurem a partir de l'anàlisi de les dades de l'informe FRESC (2016), es comença a veure un patró de gènere clar pel que fa al patiment mental i la manera d'expressar-lo –el doble de depressió i ansietat en noies que en nois (Ge, Lorenz, Conger, Elder i Simons, 1994; Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee i Angell, 1998;

Aalto-Setälä, Poikolainen, Tuulio-Henriksson, Marttunen i Lönnqvist, 2002), per posar un exemple–, es diagnostiquen més noies que nois amb un trastorn mental (Landstedt *et al.,* 2009), es produeix més suïcidi efectiu entre els nois i més intents o autolesions entre les noies (Wannan i Fombonne, 1998) i els nois joves/adolescents tenen més dificultats per demanar ajuda o consultar un professional o recurs d'atenció (Marcell, Klein, Fischer, Allan i Kokotailo, 2002; Best, Gil-Rodriguez, Manktelow i Taylor, 2016; Calear *et al*., 2017). La causa principal d'aquesta evitació dels recursos de salut mental té dues cares. D'una banda, l'estigma associat a mostrar-se vulnerable (Di Gioacchino-De Bate, Gatto, i Rafal, 2018) per als nois. De l'altra, l'estigma que envolta els dispositius de salut mental i el diagnòstic psiquiàtric en general (Madison i DiGeronimo, 2004; Chandra i Minkovitz, 2007; Martínez-Hernáez *et al.,* 2016). Rice et al. (2018) divideixen les barreres que provoquen aquesta evitació dels recursos en les estructurals i les personals. Les últimes, com hem dit, remeten principalment a les expectatives de gènere masculines i el fet de veure la teràpia com un espai desconegut o aliè. A nivell estructural apareixen les dificultats per navegar pel sistema de salut a causa del desconeixement, d'una banda, i les dificultades associades a la primera consulta (sala d'espera i dificultats associades a la primera visita).

En aquest punt, és important entendre que no sempre són els i les adolescents que eviten els recursos, també hi ha recursos que eviten els i les adolescents si no estan adaptats a les seves necessitats, un tema que va emergir, sobretot, a les entrevistes amb professionals que feien autocrítica en aquest sentit. La majoria de literatura científica situa les problemàtiques o la responsabilitat pel que fa l'evitació de recursos en els i les adolescents i en menor mesura en l'organització dels dispositius. Es parla de *mental health illiteracy* (analfabetisme), especialment aplicada als nois, com una manera d'explicar aquest fenomen com una conseqüència de la seva manca d'habilitats i no com un problema estructural del sistema de salut. Quan s'investiguen o es tenen en compte les narratives adolescents, tal i com es va fer el projecte del *Malestar adolescent* elaborat a Catalunya, s'observa com el model explicatiu *profà* o *legos* dels nois i noies contempla un espectre de normalitat més ampli que el model expert (Martínez-Hernáez y Muñoz García, 2010). Per exemple, quan es feia servir una vinyeta sobre un cas amb tots els criteris DSM de depressió, per als joves era una situació normal, un mal moment, però no un trastorn.

Si ens centrem en els joves i adolescents socialitzats com a homes hi trobem aquell segment de la població que presenta taxes més baixes de consulta amb el o la professional

de salut mental (Rickwood, 2012) i que menys coneixen la xarxa de serveis i recursos d'atenció (Jorm, 2009). El que és més interessant de tot plegat (per analitzar i poder proposar vies de transformació del sistema de salut) és que aquesta desconnexió de la xarxa de recursos i atenció es produeix durant l'adolescència masculina (Marcell, Ford, Pleck i Sonenstein, 2007), just el moment en què apareixen la gran part dels trastorn o experiències de *patiment mental excessiu*. Com és evident, durant la infància aquesta diferència és inexistent, o molt menor, i de fet molts adolescents recorden la relació amb el pediatra i el sistema de salut com quelcom positiu. Aquest procés de certa desafiliació respecte a la xarxa de salut sorgeix durant l'adolescència, la joventut i l'adultesa emergent (Smith, Braunack-Mayeri Wittert, 2006) i això és quelcom que cal que sigui estudiat de manera complexa, evitant explicacions que remetin tota la causalitat de la problemàtica al sistema de salut o als i les professionals, però sense caure tampoc a situar la problemàtica de manera exclusiva en el moment de l'adolescència i el patiment que entranya.

Fent un exercici de simplificació podem dir que hi ha una tendència en els països occidentals segons la qual els nois joves se suïciden més, es posen més en risc, tenen més probabilitats d'abandonar els estudis o de patir un trastorn psicòtic (de mitjana apareix molt abans en nois que en noies[1]), exerceixen més violència i en definitiva es moren més, però demanen menys ajuda o atenció mèdica en cas de patiment/malaltia (Rice et al.,2018). Els *costos* de la masculinitat són molts elevats pel que fa als nois joves, però també permetran l'accés, en molts casos, a una sèrie de privilegis adults (menor assumpció de càrregues reproductives, avantatges en l'àmbit laboral respecte a les dones, etc.) i una autoestima més alta (Tomori, Zalar i Plesnicar, 2000). I aquesta és una de les contradiccions fonamentals que permet entendre la relació entre patiment i masculinitat. Assumir la masculinitat hegemònica, o intentar-ho, pot provocar molt patiment i molts problemes en termes de salut, però sovint, de manera més o menys conscient, és un preu a pagar que val la pena si permet mantenir un sistema social que (aparentment) pot beneficiar en molts moments. Al més pur estil del *darwinisme* socialo de la lògica de la *supervivència del més apte* (en termes hegemònics), que diria Spencer, la masculinitat durant l'adolescència i la joventut elimina el més dèbil o el deixa fora, fins i tot si aquest més dèbil és un mateix, per preservar, tot i els costos personals, un sistema de dominació que pot aportar part d'aquest *dividend patriarcal* (Connell, 1995), encara que sigui a petita escala: relació amb la parella, les dones de l'entorn o dins de la família. Aquesta anàlisi

podria sonar reduccionista si no tenim en compte formes de relacionar-se de persones amb una identitat de gènere masculina que trenquen amb aquesta lògica, de la mateixa manera que trobem persones amb una identitat de gènere femenina que reprodueixen certs valors associats a la MH, però ens estem referint a arguments que ens permetin entendre les dades i les tendències generals que presenten els estudis referenciats sense oblidar aquelles maneres de viure el gènere minoritzades durant l'adolescència i la joventut.

Com hem anat repetint al llarg d'aquest dos primers capítols, la socialització de gènere i un aprenentatge masculí basat en la repressió emocional, el silenci i la duresa estan darrere de la forma com els nois expressen el patiment i el canalitzen (O'Neil *et al.,* 1995; Sheff, 2003; Gough, 2006; Evans *et al.,* 2011). Això representa un conflicte entre el rol de gènere masculí i la vulnerabilitat que apareixerà com a element central en tota l'etnografia. Aquesta adherència al model masculí hegemònic pel que fa l'expressió emocional i la gestió del patiment psíquic no només afecta persones de sexe masculí socialitzades com a homes. El major reconeixement social de la masculinitat i la desvalorització de la feminitat genera una adherència al model de masculinitat per part de moltes noies joves adolescents. Per posar un exemple, l'estudi de Rogers, Updegraff, Santos i Martin (2016) sobre la relació entre masculinitat i depressió durant el pas de de la primària a la secundària (sistema educatiu estatunidenc) suggereix que algunes noies es veuen afectades pels estereotips de masculinitat. Tot i això, les conseqüències no són equivalents quan les noies no compleixen amb el model de masculinitat, cosa que sí que passa amb els subjectes masculins. I segurament, afegiríem que aquestes noies poden patir discriminacions que tenen a veure o que són resposta al que Bosson, Taylor i Prewitt-Freilino (2006) anomenen les *gender role violations*, és a dir, quan es produeix una transgressió de gènere o el gènere s'expressa de manera no normativa, en aquest cas, com les noies presenten expressions de gènere relacionades socialment amb la masculinitat. Com exemples dels efectes d'aquesta *masculinitització* de les noies, hi podem trobar l'estoïcisme, la dificultat per demanar ajuda al professorat o una menor implicació en els estudis.

Tornant als nois joves i adolescents, hi ha un altre element que té especialment rellevància per entendre el fenomen estudiat: ens referim al que s'ha mal anomenat grup d'iguals o *peers*. Diem mal anomenat perquè, com hem comentat anteriorment, en ocasions

darrere aquest grup de suposats iguals s'hi amaguen relacions de violència i poder que són fonamentals per a la jerarquització de les diferents maneres d'expressar la masculinitat. Evidentment també es poden donar relacions de suport i solidaritat en aquest sentit. El que ens interessa destacar aquí és com la relació amb els "iguals" –i amb les "iguals", però en menor mesura– és fonamental per entendre les formes de *fer* gènere i expressar emocions dels nois adolescents i joves. Una relació que no és exclusiva d'aquesta etapa vital, però si especialment significativa en aquestes edats.

Com ja va dir Goffman (2001 [1959]) i va estudiar Mead (1934), les emocions i les autorepresentacions s'adapten a les reaccions dels altres. I és que el *doing gender*, com dèiem en el capítol anterior, és un enfocament o conceptualització que posa l'èmfasi en la interacció. En aquest sentit, la magnífica etnografia realitzada per Willis (1988) sobre la reproducció de la classe –dels que anomena *colegas*– a través de la contracultura escolar britànica dels 70, il·lustra molt bé els mecanismes grupals de reproducció de l'estructura social. Willis se centra més en el procés de reproducció de la classe social. Tanmateix, la seva etnografia pot ser llegida com un estudi sobre la reproducció de la masculinitat (subordinada en termes de classe però que aporta poder i *status* dins de la cultura escolar) a través de la interacció grupal. Amb això no volem dir que el grup *per se* reprodueixi una hegemonia masculina basada en valors de la masculinitat més estereotipada, ja que en determinats casos podria mantenir una funció contrària. El que volem és situar el grup d'amistats o "iguals" en el centre de l'aprenentatge de la masculinitat, l'expressió emocional masculina i la negació de la vulnerabilitat. En un estudi realitzat a Suècia amb 33 adolescents joves socialitzats com a nois (Randell, Jerdén, Öhman, Starrin, i Flacking, 2016) es classifiquen llur narratives en dos grups: *gender-normative masculinity* i *non-gender-normative masculinity.* Les primeres són narratives sobre la pròpia emocionalitat que tendeixen a l'estoïcisme i l'autosuficiència, les segones expressen més registres emocionals i per tant masculinitats amb més sensibilitat aparent. És sobretot interessant veure com una part important dels informants i les seves narratives es troben en ambdós grups, reforçant la idea de *masculinitats híbrides (*Bridges i Pascoe, 2014) que defensàvem durant el primer tema.

La xarxa i el suport social (especialment dels anomenats *peers*) es constitueix així com un dels elements fonamentals que condicionarà els itineraris de s/m(p)/c en el camp del patiment psíquic, especialment durant l'adolescència i l'adultesa emergent (18-25 anys). A menys xarxa social (no només tenint-ne en compte la quantitat sinó també la qualitat)

més probable és que aparegui un diagnòstic de depressió (Martínez-Hernáez *et al.,* 2016). En general, per tant, s'ha estudiat com la xarxa social és un dels factors més determinats per a la salut mental (Grace, Richardson, i Carroll, 2016) i per a la prevenció del suïcidi (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby i Joiner, 2010). En aquest sentit i en clau de gènere, les noies adolescents i joves, en comparació amb els nois, acostumen a disposar d'una xarxa social més propera i tenen més capacitat de mobilitzar suport social davant de situacions d'estrès i crisi, alhora que també presenten més predisposició a oferir suport social en aquestes situacions (Belle, 1987; Schraedley, Gotlib i Hayward, 1999). Això sempre tenint en compte que la prevalença i incidència de depressió diagnosticada és més alta en noies que en nois. Ambdues tendències les contrastarem, en els propers capítols, amb les dades obtingudes a partir de l'informe FRESC sobre salut i adolescència. Com dèiem anteriorment, també s'ha demostrat que existeix un ús diferencial de la xarxa per part de noies i nois: mentre que les noies prioritzen una relació que permeti més coneixement sobre el seu propi patiment i emocionalitat abans que l'autocontrol, en el cas dels nois aquesta prioritat es veu invertida, en termes generals i segons Martínez-Hernáez *et al.* (2016). Això últim serà fonamental per entendre les formes d'expressar el patiment en clau de gènere.

D'altra banda, com veurem en les històries de vida i les narratives dels nostres informants, apareix una relació força evident entre patiment mental/diagnòstic psiquiàtric i rebuig per part dels *peers*. Aquí podem incloure diferents situacions de violència "entre iguals" –assetjament (*bullying*), ciberassetjament (*ciberbullying*) o violència sexual (que reben les noies especialment)– com a determinants directes de la salut mental dels i les adolescents (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen i Rimpelä, 2000; Gillander Gadin *et al.*, 2005). Segons Zimmer-Gembeck, Waters i Kindermann (2010) i el seu estudi amb preadolescents d'entre 10 i 13 anys, hi ha una correlació significativa entre símptomes depressius i autopercepció de ser menys acceptats/ades per part dels companys i companyes. Això fa que les persones que no se senten integrades percebin les altres com a menys confiables. També en l'estudi de Landstedt *et al.* (2009) realitzat a partir de grups de discussió amb adolescents, la interacció amb els i les iguals apareix com un dels elements principals en termes de salut mental. En aquest, les persones participants inclouen la violència rebuda com un factor que determina la seva salut mental, violència que reconeixen com a més física en el cas dels nois i més de tipus sexual en el cas de les noies. En les narratives analitzades apareixen també les responsabilitats (a menys responsabilitats més salut mental) i la *Gender-Performance* com a factors que condicionen la salut mental. En el cas d'aquesta darrera, els nois reconeixen la

pressió que reben per ser masculins (en termes de MH) davant la resta, i les noies diuen que senten més pressió en relació al cos, derivada dels cànons de bellesa. Ens interessa destacar en aquest punt com el *bullying* (o assetjament) esdevé, en moltes ocasions, un mecanisme per definir o reconstruir les jerarquies i per fixar la definició cultural de masculinitat (Kenway i Fitzclarence, 1997). Això reforça, de nou, la necessitat d'analitzar de manera complexa la relació de la tríada entre violència (com a forma de dominació), patiment mental i masculinitat. Una tríada que té dues cares; d'una banda els costos i l'estrès que suposa, de l'altra l'*status* i l'accés al poder que permet:

> "Courtenay (2003), who recognised the emotional and psychological costs of the stress and violence needed to maintain male hierarchies among young boys. At the same time, such practices provide tools to claim power, influence, and status, which have been found to be associated with positive mental Health" (Landstedt *et al.,* 2009, p.974)

Tot plegat podria voler dir que la masculinitat associada al "malote" (saltar-se les normes, no voler estudiar, fer us de la violència, consumir drogues, mostrar-se segur, etc.), segurament un dels models de masculinitat hegemònica més acceptades i amb més rang dins del món jove i adolescent, tindria efectes en el patiment mental masculí (menys reconeixement del malestar, dificultats per demanar ajuda, etc.) però també actuaria com a factor protector atès que comportaria menys responsabilitats, menys pressions, més reconeixement (West i Sweeting, 2003). El que no està clar és com això repercuteix en l'autoestima. Apareix aquí una relació conflictiva i problemàtica entre reconeixement i autoestima, ja que aquestes dues no sempre van de la mà, especialment en masculinitats que representen o performen aquesta aparent duresa i autonomia sense que això sigui així a nivell subjectiu.

Per últim, volem acabar recuperant el concepte d'estigma, al qual hem fet menció anteriorment, per analitzar quin paper juga en aquest grup de població (joves adolescents socialitzats com a homes), el qual ha estat molt menys estudiat que l'estigma que afecta persones adultes (Kranke, Floersch, Townsend i Munson, 2010).

Partim de la idea que l'*autoestigma* i la vergonya relacionat amb el camp de la salut mental no es poden deslligar de les expectatives de gènere (Leong i Zachar, 1999; Komiya, Good i Sherrod, 2000; Timlin-Scalera, Ponterotto, Blumberg i Jackson, 2003), en el nostre cas masculines. Com hem explicat en el punt 3, per entendre l'estigma masculí adolescent

cal posar en diàleg l'estigma associat a la bogeria i l'estigma associat a la debilitat, la vulnerabilitat i la dependència (en el cas dels homes s'entén com una forma de feminització o conflicte respecte el rol de gènere masculí). Si comencem per la primera dimensió, l'estigma de boig, podem distingir, segons Moses (2014), dues formes de discriminació. En primer lloc, l'estigma vinculat als trastorns de tipus psicòtic i al consum de drogues, més associats a la perillositat i la imprevisibilitat; aquestes són les expressions del patiment més estigmatitzades segons l'autora. En segon lloc, hi trobem els trastorns de l'estat d'ànim o afectiu, els quals s'estigmatitzen a través de relacionar-los més amb la debilitat i l'emmalaltiment (*no-masculí*, en termes de construcció sociocultural de la virilitat). Aquests últims reben menys estigma i més suport social que els primers. Segons l'estudi de Moses, fet amb adolescents que han estat donats d'alta després d'un ingrés psiquiàtric, la xarxa i l'estatus que tingui el grup de pertinença condicionarà també l'estigma rebut. Els seus resultats només aconsegueixen confirmar que una xarxa amb *status* social alt implica major estigma rebut. Aquest estigma es vincula principalment al pas dels i les joves per institucions psiquiàtriques (Chandra i Minkovitz, 2007; Moses, 2011). Moses (2009) parla també d'una relació inversament proporcional entre edat del primer ingrés i el grau d'exposició al rebuig social, la discriminació i l'*autoestigma*.

Pel que fa a la segona dimensió –la qual té a veure el conflicte entre masculinitat hegemònica i vulnerabilitat–, en el cas dels nois adolescents juga un paper molt important el centre educatiu i l'estigma que prové dels companys i companyes. Per tal d'evitar que la seva condició sigui percebuda tendeixen a buscar ajuda de persones que no tinguin contacte amb l'escola (Kranke, *et al*. 2010). L'escola és un dels llocs clau i el respecte dels iguals es converteix en la principal obsessió (Karp, 2006). La família també juga un paper molt important (Chandra i Minkovitz, 2006). Martínez-Hernáez, DiGiacomo, Carceller-Maicas, Correa-Urquiza i Martorell-Poveda (2014) a partir del seu estudi fet amb adolescents amb patiment mental a Catalunya, van arribar a la conclusió que mots nois justificaven la no-utilització dels serveis i la no-demanda d'ajuda/atenció a partir de l'argument que ells no necessitaven aquesta ajuda, que se'n podien sortir sols. En general, com hem esmentat, tant nois com noies veien el fet de fer ús de la xarxa de dispositius de la salut mental com un doble problema: al malestar (en aquest cas depressió) se li sumava l'estigma associat al camp de la salut mental. Assistir a un dispositiu per persones amb trastorn té unes connotacions a nivell d'estigma, que discutirem pel que fa el grau i la variació històrica durant l'etnografia amb els i les professionals, però que és innegable. Però en el cas dels nois de gènere masculí, hi ha un matís o un afegit que ens

interessa especialment i té a veure amb el *jo puc sol, no us necessito*. Aquesta argumentació segurament és la millor per il·lustrar aquesta confluència entre masculinitat adolescent i estigma associat a tot allò de l'àmbit *psi; evito els recursos de salut mental perquè no vull ser un freaky o un boig i la masculinitat legitima aquesta elecció perquè el que estic és fent gènere (masculinitat), demostrant que sóc autosuficient i que no sóc vulnerable ni dèbil, jo puc sol.*

Tot plegat, confirma la necessitat d'entendre en profunditat les implicacions que té el gènere, i en aquest cas el model de masculinitat, en termes de processos de s/m(p)/c juvenils i adolescents com a mitjà per a la transformació de l'atenció i les xarxes de suport davant del patiment mental, tenint en compte tant les barreres com els possibles facilitadors per a la demanda d'ajuda masculina (Rice *et al.,* 2018).

### 2.6.1. Estudis sobre salut mental i adolescència en l'àmbit espanyol i català

La plataforma *PubMed* ens permet accedir a l'arxiu de la *US National Library of Medicine National Institutes of Health,* on hi trobem al voltant de 6,1 milions d'articles publicats en revistes d'impacte sobre medicina i salut a nivell internacional i des de diferents disciplines (principalment ciències de la salut). Un dels arxius més complets en aquest àmbit d'estudi. Si fem una recerca en base als dos criteris (*mental health* i *adolescence*) i afegim l'etiqueta *Spain* ens apareixen 15 entrades, si fem el mateix però canviem *Spain* per *Catalonia* només hi trobem 2 referències[50].

Aquests estudis analitzen la relació entre l'adopció i el nombre d'ingressos hospitalaris en dispositius de salut mental (Fernández, *et al.,* 2014); les "alteracions del comportament" dins la Comunitat Valenciana en funció de l'edat i el sexe en base a l'atenció primària pediàtrica (Ballester, Legaz, Salmerón i Gil, 2012); la relació entre estat d'ànim "negatiu", el consum de cànnabis i el fet d'haver patit assetjament en població adolescent de Burela (Díaz-Geada, Espelt, Bosque-Prous, Obradors-Rial, Teixidó-Compañó, i Caamaño, 2019); el disseny, implementació i avaluació d'una eina virtual de prevenció del consum d'alcohol per

[50]La recerca es va realitzar el dia 15 de maig de 2020 en base a la categoria que fa la recerca sobre les paraules que apareixen en el títol o l'abstract de la publicació, i es va fer a partir de les següents combinacions de paraules: mental health[Title/Abstract]) AND adolescence[Title/Abstract]) AND spain[Title/Abstract], d'una banda i mental health[Title/Abstract]) AND adolescence[Title/Abstract]) AND catalonia[Title/Abstract], de l'altra.

a adolescents (Lima-Serrano, Martínez-Montilla, Lima-Rodríguez, Mercken i De Vries, 2018); la relació entre els factors socioambientals i el desenvolupament cognitiu en infants d'11 anys (Forns *et al.,* 2012); la relació entre els estats d'ànim negatius i les variables sexe, edat i altres factors socials (nivell socioeconòmic i tipus de centre educatiu) o factors relacionats amb l'estil de vida –consum d'alcohol problemàtic, abús patit, comportament antisocial, intenció de consumir drogues il·legals, sense comptar el cànnabis, menor rendiment acadèmic percebut i sensació d'aïllament– (Ahonen, Nebot i Giménez, 2007); la prevalença del "trastorn negativista desafiant" en escolars de 6-16 anys a Castella i Lleó (López-Villalobos et al., 2014); l'efectivitat d'un programa d'antiassetjament/ciberassetjament en termes de resolució de conflictes i autoestima testat en adolescents de Madrid d'entre 13 i 15 anys (Garaigordobil i Martínez-Valderrey, 2015); un estudi que inclou Espanya (i 7 països més) sobre la prevalença de "trastorn mental comú" en funció de factors sociodemogràfics com el gènere, l'edat, el nivell socioeducatiu i estat civil dels *parents,* el context de residència (urbà, rural etc.), la religió i l'orientació sexual (Auerbach *et al.,* 2018); una anàlisi sobre l'impacte en adolescents del programa UPRIGHT (aplicat a 7 institucions escolars d'Espanya, Itàlia, Polònia, Noruega, Dinamarca i Islàndia) en termes de benestar mental i resiliència (Las Hayas *et al.,* 2019); un estudi comparatiu sobre la victimització sexual d'adolescents en diferents contextos institucionals -centres de salut mental infantojuvenil, centres residencials i d'acollida del sistema de protecció, centres de justícia juvenil i centres de medi obert- (Pereda, Abad, Guilera i Arch, 2015); la relació entre "trastorns adaptatius" i suïcidi en adolescents de la província de Barcelona (Ferrer i Kirchner, 2015); la interacció entre factors associats al comportament (consum de drogues il·legals, consum de tabac, activitat física, imatge corporal, alimentació, etc.) d'adolescents de Madrid i malestar psicològic (Padrón, Galán i Rodríguez-Artalejo, 2012); i per últim, la continuïtat entre la depressió infantil i adolescent i la depressió adulta en usuaris/es dels serveis de salut mental de Madrid (Carballo *et al.,* 2011).

A nivell català, hi trobem un estudi que estudia els resultats del programa *EspaiJove.net* a nivell en termes de promoció dels coneixements i la informació sobre salut mental, demanda d'ajuda o atenció (help-seeking) i la reducció de l'estigma en adolescents escolaritzats a la ciutat de Barcelona (Casañas *et al.,* 2018); i un altre que analitza, a partir de narratives, les estratègies d'*autoatenció* d'adolescents catalans davant del malestar emocional (Martorell-Poveda, Martinez-Hernáez, Carceller-Maicas i Correa-Urquiza, 2015).

El que ens interessa destacar aquí, sense entrar a analitzar al detall els continguts dels diferents estudis referenciats, són tres elements. En primer lloc, existeixen pocs estudis centrats en salut mental i adolescència/joventut en el nostre àmbit geogràfic, menys encara si ens cenyim a l'àmbit català (només 3 dels estudis mencionats s'han realitzat amb població de Catalunya). En segon lloc, tots els estudis, menys un, es basen en tècniques estadístiques quantitatives. Només un dels 15 es basa, com és el nostre cas, en una anàlisi qualitativa de narratives (Martorell-Poveda, *et al.,* 2015). En tercer i últim lloc, tots els estudis excepte un (Las Hayas *et al.,* 2019), incorporen el sexe/gènere com a variable. En tots els casos, menys tres, es fa servir la variable "sexe" en comptes de "gènere" i només un d'ells (Auerbach et al., 2018) menciona altres possibles identitats sexuals no binàries (*transgènere* o *altres*). La majoria d'estudis, excepte dos (Martorell-Poveda, *et al.,* 2015; Auerbach et al., 2018) analitzen el sexe/gènere com una construcció binària sense problematitzar la categoria i sense diferenciar o especificar a què es refereixen quan parlen de sexe o gènere. Aquests estudis per tant ens permeten veure només i en el millor dels casos, la relació entre processos de s/m(p)/c adolescents i la identitat de gènere escollida en un qüestionari, però, excepte els estudis de Martorell-Poveda, *et al.,* (2015) i Auerbach et al., (2018), la resta no analitzen altres variables relacionades amb l'experiència de gènere com poden ser la preferència sexual, les practiques de gènere, l'expressió de gènere, etc.

Per aquest motiu creiem que l'estudi que aquí presentem pot aportar i sumar elements nous a l'escàs coneixement existent pel que fa les relacions entre gènere i salut en el camp de la salut mental juvenil i adolescent en el nostre context des d'una òptica antropològica i una metodologia qualitativa. En aquesta cas, centrant-nos de manera específica en la masculinitat com a eix central.

## 2.7. | Per concloure

En aquest capítol hem realitzat un estat de la qüestió sobre la relació entre masculinitats i patiment mental, la qual cosa ens ha permès apuntar alguns dels principals elements que defineixen aquesta relació. En aquest sentit, hem fet referència a les conseqüències que tenen els atributs hegemònics de la masculinitat sobre el patiment mental i sobre la manera d'expressar-lo (fent servir els termes psicoanalítics de *neurosi* i la *psicosi* per esquematitzar

i ordenar les principals expressions de patiment més *excessiu*) i a la relació entre demanda d'ajuda (o *help-seeking)* i masculinitat. També ens hem centrat en l'estigma i el suport social com dos dels factors socioculturals més rellevants per entendre els processos de s/m(p)/c. Tot i que el nostre estudi es focalitza en les masculinitats i el patiment psíquic, hem elaborat un breu apartat a les conseqüències que tenen les formes de *fer gènere fent salut* masculines per a les dones i l'entorn. Hem dedicat també un altre punt a parlar breument sobre com altres factors, especialment socioeconòmics, condicionen i complexifiquen aquesta relació. Ambdós requeririen un anàlisi amb més profunditat. Per últim, hem centrat l'estat de la qüestió en la literatura científica que aborda de manera particular aquesta relació durant el moment vital de l'adolescència i la joventut, en els quals es basa en nostre estudi.

Aquests dos primers capítols ens han permès situar els fonaments teòrics i els elements principals per tot seguit posar-los en diàleg amb les dades obtingudes durant l' etnografia. A partir d'aquestes dades volem confirmar o rebatre algunes de les idees que plantegen els estudis anteriors. Abans de presentar l'etnografia pròpiament dita, situarem la metodologia que hem seguit per a l'obtenció de les dades que finalment analitzarem per aportar noves aproximacions al nostre camp d'estudi.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# METODOLOGIA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# 3 METODOLOGIA

"No vemos razón alguna para negar (o, por el mismo motivo, afirmar) la validez de los relatos según la idea que son subjetivos (...) Todo el mundo es un observador participante, que adquiere conocimiento acerca del mundo social en tanto que participa en él" (Hammersley i Atkinson, 1994, p.141-142)

Alcoff (1992) es preguntava si ser dona et permet parlar, com a antropòloga, sobre les dones, i afegiríem, sense reproduir dinàmiques de poder o fer una lectura esbiaixada de l'experiència d'altres. I nosaltres ens podem preguntar per començar si ser home et permet parlar de tots els homes. Igualment, el fet de no tenir diagnòstic, ni haver pres medicació psiquiàtrica o no haver estat mai ingressat t'impossibilita per parlar de les persones que han passat per aquest tipus d'experiències? On posem el focus, en el que ens uneix o en el que ens diferencia amb els i les nostres informants? En el privilegi o en l'opressió? He de deixar de parlar d'opressió perquè sóc un privilegiat? I el que és encara més central, podem fer antropologia sense parlar dels o pels altres?

Són preguntes que han format part del procés de *reflexibilitat* (Hidalgo, 2006) implícit en qualsevol investigació antropològica i que hauria de ser extrapolable a qualsevol investigació o recerca en general. Aquest procés que insta, des dels anys 60, les antropòlegs i antropòlogues a "tomar conciencia de cómo se conectan las asimetrías políticas que sus actividades etnográficas presuponen con la "objetividad" y la "neutralidad" que pretenden" (Hidalgo, 2006, p.23) és contemporani a la incorporació dins l'acadèmia de debats que s'estaven produint a nivell social gràcies als moviments antiracistes, feministes, el maig del 68, l'antipsiquiatria, entre d'altres, els quals coincideixen amb la necessitat d'abordar la qüestió del poder. En el camp de la investigació, i dins l'antropologia en particular, es comença a qüestionar com aquestes relacions de poder condicionen els contextos que s'investiguen i la pròpia mirada analítica. Això adquireix especial rellevància en les etnografies per diferents motius. En primer lloc, perquè en el camp antropològic, la mateixa o mateixes persones (com a mínim en les etnografies clàssiques) duen a terme tot el procés, des de la concepció del projecte d'investigació a l'anàlisi dels resultats, passant la obtenció d'informació, totes aquestes etapes passen per les mateixes mans (Guber, 1991). En segon lloc, per les desigualtats històriques entre el subjecte antropològic i l'*objecte d'estudi,* les quals van arribar en molts moments a formar part essencial d'un engranatge funcional al colonialisme i l'hegemonia geopolítica. En tercer lloc, per la proximitat que es produeix entre la persona que investiga i les persones que habiten el context del treball de camp.

Aquesta necessitat de qüestionar el propi *modus operandi* antropològic i etnogràfic ens acompanya fins als nostres dies i obre la porta a múltiples noves maneres d'estudiar la realitat, moltes d'elles en permanent alerta davant de qualsevol intent acrític i amb aparença de neutralitat de negar les relacions de dominació i les jerarquies en el context del treball de camp i la investigació. En aquest sentit, l'antropologia feminista i l'antropologia de la salut, de les quals beu aquest treball, són dues de les branques de l'antropologia que més han posat al centre aquests debats (Esteban, 2006; Haraway, 1995; Harding, 1996, entre d'altres). Malgrat això, el debat no es resol amb el reconeixement de la dimensió jeràrquica, dels privilegis i de les opressions, més aviat cal generar una metodologia travessada (interrogada) per aquesta dificultat de separar el "speak for others" del "speak about others", que diria Alcoff (1992). Perquè és tan problemàtic voler parlar com si fossis un altre, com voler parlar com si només fossis un/a mateix/a. Això passa per poder veure el contínuum i reflexionar sobre les múltiples possibilitats que es presenten entre l'autoetnografia i un parlar "for others". I potser, el punt de partida ha de ser reconèixer aquesta impossible separació, ja que sempre que l'antropologia parla sobre les altres es produirà un impacte de la pròpia producció teòrica sobre aquestes persones i les seves necessitats/reclamacions. I aquest sentit, el debat fonamental no té a veure només amb parlar *dels* altres o *pels* altres, sinó amb la intencionalitat (política) qui hi ha darrere de parlar pels o per les altres:

> "We need to analyze the probable or actual effects of the words on the discursive and material context. One cannot simply look at the location of the speaker or her credentials to speak, nor can one look merely at the propositional content of the speech; one must also look at where the speech goes and what it does there" (Alcoff, 1992, p.26).

Com diria Foucault (2004), cal entendre el discurs, i també el discurs antropològic, com un *esdeveniment* amb orador, paraules (text), oients, lloc (context) i llenguatge(s). En el nostre cas, l'*esdeveniment* que volem estudiar s'insereix en un context en procés de transformació, especialment per dues bandes. D'una banda, en els darrers anys, en el nostre local, i també a nivell global, el feminisme o els feminismes han passat de ser un moviment subaltern a ser massiu i la masculinitat o els qüestionaments de la masculinitat hegemònica (a vegades encara poc definida i/o problematitzada) van més enllà dels *Men's studies* o d'un moment organitzat raquític i minoritari d'homes per la igualtat. Això, com hem analitzat, produeix

desplaçaments en el model de MH, i quan diem desplaçaments volem dir continuïtats, discontinuïtats i hibridacions, tal i com hem vist en els capítols anteriors.

En el camp del patiment mental i les persones diagnosticades amb un trastorn mental, també es produeixen dos moviments antagònics que condicionen el nostre context, que estem analitzant i sobre el qual estem produint *discurs*. D'una banda, assistim a la consolidació d'un procés de medicalització i patologització del patiment mental -*model mèdic hegemònic*, que diu Menéndez (1984, 2005 i 2018)- que s'inicia amb el tractament moral de Pinel i Esquirol durant el segle XIX i que multiplica exponencialment, fins als nostres dies, el nombre de persones medicalitzades/diagnosticades i el nombre -en tipus i en quantitat- de diagnòstics psiquiàtrics. D'altra banda, apareix una nova veu, més o menys organitzada depenent del context, de *supervivents a la psiquiatria*, que reivindiquen els drets per a les persones *psiquiatritzades*. Tal i com havien fet professionals durant la lluita antipsiquiàtrica (liderada per professionals) o fins i tot les famílies més endavant, comencen a aparèixer nous moviments socials, però aquesta vegada la particularitat és el subjecte d'enunciació[52], les persones *psiquiatritzades* (*Mad pride* o orgull boig, *Hearing voices*, Nikosia, Federació Veus o Activament en el nostre context, etc.).

Aquests dos moviments es produeixen durant els 8 anys que ha durat el treball de camp -tot i que venen d'abans- i de manera paral·lela a la immersió, l'observació participant i les entrevistes, condicionant un procés que dialoga i es veu inevitablement influït per aquestes transformacions del context. Una evolució molt més complexa si hi afegim altres dimensions (econòmiques, etc.) però que reduïm a dos elements per la seva importància en relació al nostre àmbit d'estudi, tot i sent conscients que estem deixant moltes qüestions rellevants per entendre aquest moment històric en què el treball de camp es desenvolupa.

En aquestes coordenades geogràfiques i temporals, i tornant al nostre punt de partida, és especialment central *parlar dels altres amb els altres*, però també d'assumir que per parlar de masculinitat és fonamental prendre distància i a vegades parlar *dels altres sense els altres*. L'anàlisi de la masculinitat necessita tant de l'experiència d'homes, en aquests cas

[52] Això no vol dir que, per exemple, durant les lluites antipsiquiàtriques dels 60-70 no hi hagués persones psiquiatritzades, sí que hi van participar, però de manera més invisibilitzada i amb menys capacitat d'articular-se com a subjecte polític autònom.

d'homes amb experiències vitals marcades per la *psiquiatrització*, com de certa distància. No podem confondre el valor de l'experiència amb el monòleg de l'experiència, i menys quan estudiem les masculinitats, una construcció social que es basa en la seva pròpia negació i naturalització i que per tant produeix subjectivitats que no la reconeixen com a tal. La persona o persones que investiguem, normalment ostentem una posició de poder (més o menys marcada en funció del context) en relació a les persones investigades, com a conseqüència d'una certa exclusivitat respecte a la interpretació final de les dades. Això s'ha de traduir, des del nostre punt de vista, en dos reclams ètics. D'una banda, cal assumir que no es pot fer antropologia sense *els/les altres,* i d'aquest primer reclam és d'on sorgeix la proposta metodològica que presentem aquí (treball de camp, entrevistes, etc.). De l'altra, cal assumir i reconèixer la capacitat d'influència que tenim sobre la interpretació final dels resultats, la qual cosa ens porta a fer-la visible i a negar la nostra neutralitat d'entrada. I des d'aquí, cal posar la nostra funció mediadora a disposició de certs valors vinculats a la politització de la forma de produir coneixement, és a dir, en favor de la comprensió de les relacions de poder i dominació per a la seva transformació. En aquest cas, es tracta de contraposar les vivències observades, acompanyades, escoltades amb una anàlisi de la masculinitat, culturalment establerta, que tendeix a certa naturalització de la seva dimensió socialment construïda per reïficar-se com a estructura jeràrquica.

Aquesta tesi vol ser, per tant, una conversa. Cert que injusta i desigual, perquè l'*altre* parla però no rebat o no té un espai equitatiu per fer-ho, però sí en definitiva un diàleg. En aquest sentit, Spivak , en el seu text titulat amb la suggeridora pregunta de "¿Puede hablar el subalterno?" (2011), critica la posició de Foucault i Deleuze quan aquests refusen parlar *pels* altres i deleguen tota capacitat de conceptualitzar l'experiència en la població que pateix l'opressió. Tal com diu Spivak i compartim, reproduir les paraules dels informants (en el nostre cas) sense intervenció, seria una deixadesa de funcions de les/els intel·lectuals. Tot i això, Spivak també critica el fet de parlar per les altres persones que es fa des del privilegi. Però el més interessant, per nosaltres, de la pensadora *decolonial* és l'afirmació que parlar des del privilegi o des de l'opressió, com a únic element, no és suficient per garantir, ni en un cas ni en l'altre, que s'estiguin representant els veritables interessos de les persones subalternes.

Hi ha dos elements més que justifiquen aquest estudi i la necessitat de parlar *amb* els altres però també *dels* altres, amb l'objectiu (més o menys aconseguit) de posar al centre les seves necessitats o interessos. El primer té a veure amb un posicionament epistemològic

en favor dels que podem anomenar *contínuums analítics* de la realitat social per superar estructures de pensament dicotòmiques [bogeria-raó o malaltia-salut, masculinitat (home)-feminitat (dona) etc.]. Això ens situa davant de la necessitat d'entendre aquestes dues dimensions -masculinitat i patiment mental en el nostre cas- a partir de situar les diferents experiències narratives o relats de vida en un *contínum* que presenti o ens permeti analitzar els diferents graus de *psiquiatrització* i que permeti pensar diferents relacions amb el model de masculinitat hegemònica (més adherència, menys variables en funció del context, etc.). Per elaborar aquest *contínuum* necessitem estudiar diferents tipus de masculinitat, i no només l'hegemònica (entre d'altres coses perquè no existeix una única manera o persones que l'encarnin al cent per cent) i estudiar diferents relacions amb el patiment, no només persones amb diagnòstic psiquiàtric. És necessari obrir el camp analític en aquest sentit per entendre el conjunt. Hem intentat que aquesta idea vertebrés tot el treball de camp (elecció d'informants etc. ). Com plateja l'estudi de Vans Os *et al.* (2009), en l'estudi de les experiències psiquiàtriques i de patiment mental cal estudiar el fenomen tenint en compte variables ambientals i genètiques de manera dialògica i creuada, i alhora cal buscar noves maneres de mesurar el patiment mental menys binàries o dicotòmiques. En el seu cas, proposen parlar de *psychosis contínuum,* la qual cosa vol dir analitzar tota la població (no només aquella amb un diagnòstic) i establir graus en aquest contínuum. Quan Talarn *et al.* (2013) parlen de *patiment mental excessiu* també ho fan amb aquest mateix propòsit, o així ho entenc jo, de *desbinaritzar* l'estudi del patiment mental.

En segon lloc, i seguint amb la proposta de Spivak, no n'hi ha prou de recollir les veus de les persones subalternes per representar-ne les necessitats ni per fer una lectura de la realitat que tingui en compte les relacions de poder o de dominació. Cal incorporar, a l'anàlisi d'aquestes veus, un estudi del seu context de producció i de significació. Les persones pensem el que pensem, i sobretot diem el que diem, en funció d'un context social/històric i en funció de la nostra posició social. Cal analitzar o (meta)analitzar com aquestes variables influeixen o fins i tot produeixen parts dels discursos que estem recollint durant l'etnografia, procés mitjançant el qual podem arribar a transmetre el seu significat. És segons Geertz (1973) aquesta la feina de l'antropologia, descriure de manera *densa,* que vol dir fer un esforç intel·lectual i interpretatiu per descriure més enllà de la superfície, del que observem. L'antropòleg nord-americà posa l'exemple ja clàssic de Ryle sobre el gest entre dos nois de tancar un ull, el qual el podem interpretar de moltes maneres: com un tic nerviós, com una manera un flirteig, com una imitació, com un gest conspirador,

etc., en funció del context. Per tant, caldrà veure quin significat té aquest tancar l'ull en funció del context. Dient que un noi tanca una parpella davant d'un altre estem fent una descripció superficial, però no podem interpretar l'escena. És possible, en aquest sentit, que aquesta significació l'obtinguem preguntant als dos nois per què un d'ells ha tancat l'ull, i que per exemple un d'ells ens digui que té un tic nerviós des de petit, però potser la única manera de saber per què ho ha fet és observar que abans li ha dit quelcom a cau d'orella i per tant el gest denota complicitat, compartir un secret, etc., cosa que en no ens dirà si li ho preguntem. Per exemplificar això, en el nostre context etnogràfic no n'hi ha prou d'analitzar la masculinitat o la seva influència en els processos de s/m(p)/c a través del que els informants ens diuen verbalment sobre això en una conversa grupal. Segurament la incompatibilitat entre vulnerabilitat i masculinitat apareix, és una necessitat o genera conseqüències importants en els nois amb qui hem compartit treball de camp, tot i que no es verbalitzi per part de cap d'ells. En altres paraules, la coneguda com a *perspectiva de l'actor* passa per la conversa, però també per una anàlisi posterior d'aquesta conversa i per altres elements que ens permetran analitzar el fenomen estudiat, fins i tot arribant a unes conclusions que no són compartides per l'actor. Això és especialment així en casos o en estudis on elements no naturals es naturalitzen i s'incorporen de manera inconscient i quasi com si fos quelcom neutral, invariable o normal. Les normes de gènere, especialment les masculines, són *incorporades* d'aquesta manera, i això també passa amb el patiment mental. I és que aquestes normes acostumen a ser significats que s'organitzen segons un marc de referència comú, especialment dins d'un mateix grup social, que guia les interaccions. És el que Giddens anomena "conocimiento mutuo" i Schutz "sentido común" (Giddens 1987). Com dèiem, això no deixa de ser problemàtic si tenim en compte el poder de definició que atorga o pot atorgar aquest plantejament a la persona o persones que fan l'anàlisi. I és en aquesta corda fluixa en la qual ens hem mogut durant tot el procés d'investigació.

Com explica Guber (1991), l'antropologia s'ha especialitzat històricament a captar allò informal, allò no escrit i aquelles contradiccions que es produeixen en la cultura entre el que es diu i el que es fa. I això, entenent la construcció de gènere com una construcció performativa i basada en el *fer* (*doing gender*), ens dona una informació molt valuosa de les masculinitats travessades pel patiment mental, informació que Hammersley i Atkinson (1994) anomenen dades *no sol·licitades*, les quals ens permeten acostar-nos a les pràctiques i que apareixen mentre es participa de les activitats i la interacció, amb el valor que l'espontaneïtat aporta al nostre camp. Per aquest motiu, el centre del nostre treball de

camp ha estat la *observació participant* recollida, de manera més o menys sistematitzada, a través d'escrits, converses i pensaments. Aquesta observació s'ha constituït com el nucli del treball etnogràfic durant anys i en diferents contextos no formals, informals i de socialització (activitat de ràdio, futbol, club social i hospital de dia per a adolescents) entre nois que formen part de la xarxa de salut mental. En un moment del procés etnogràfic vam considerar interessant triangular l'observació participant amb altres tècniques de producció i tractament de les dades, per poder recollir de manera més directa les opinions, narratives i percepcions de persones que poguessin aportar més informació sobre l'àmbit d'estudi. Aquesta segona fase, sense abandonar la observació participant, es va basar en entrevistes semiestructurades amb nois joves que participaven del club i un grup focal, d'una bada, i amb entrevistes semiestructurades a professionals de salut mental infantil i juvenil (de diferents recursos/dispositius) i focus grups de l'altra. Per últim (tot i que a l'hora de presentar els resultats apareix en primer lloc), i per tal de posar en diàleg l'etnografia més situada i intensiva amb un context més ampli, hem analitzat les dades de l'informe FRESC del 2016 (Agència de Salut Pública de Barcelona, ASPB) sobre salut i adolescència de 3888 adolescents i les respostes de 154 adolescents a una pregunta sobre la seva masculinitat realitzat a través de la Cooperativa Candela. Aquesta triangulació, que detallarem en aquest apartat, ens ha permès combinar dos tipus de dades, podríem dir: dades amb una població més extensa però amb una dimensió menys profunda (enquestes o qüestionaris), amb dades i informació més profunda però amb una població o nombre de persones més reduït (entrevistes, grups focals i observació participant). Per tant, i tal i com veurem a continuació, la metodologia s'ha basat en un enfocament **dialògic, qualitatiu i basat en la triangulació.**

## 3.1. | Metodologia de la investigació

### 3.1.1. Problema d'investigació

Tal i com hem vist en els capítols anteriors, gràcies als múltiples estudis sobre salut (mental) i gènere sabem que existeix una relació clara entre aquestes dues dimensions. Especialment i gràcies a produccions acadèmiques feministes, s'han estudiat els efectes del sistema patriarcal sobre les dones en termes de patologització del malestar femení (o feminitzat, més aviat) o com a forma de control i càstig davant la dissidència respecte al model hegemònic, la relació entre desigualtats / violències de gènere i patiment mental i

la major proporció de trastorn relacionats amb l'estat d'ànim, entre d'altres conseqüències. Però què passa amb la salut mental dels homes? Quin impacte té un model de masculinitat hegemònic rígid i jerarquitzat pels mateixos homes? I per les dones? Quina anàlisi en podem fer en forma de "beneficis" o "costos" de la masculinitat per als homes em termes de salut mental? Quin impacte estan tenint les hibridacions o el qüestionament de la masculinitat hegemònica en el nostre context per la irrupció massiva del feminisme? Com viuen els homes joves els processos de salut/malaltia(patiment)/cures, com una exclusió del model de masculinitat o com una possibilitat per al canvi i la destrucció del binomi masculinitat-invulnerabilitat? Quin paper hi juguen elements com el grup, l'esport (i concretament el futbol) o la sexoafectivitat en aquest àmbit? Què pot aportar l'antropologia en aquest camp? I l'educació o la construcció de contextos comunitaris des dels quals acompanyar aquests processos, què hi poden aportar?

Aquestes són algunes de les preguntes que ens hem plantejat durant la investigació i que han guiat la recerca. Sobre masculinitats i patiment mental hem vist que hi ha poc escrit, especialment en el nostre context (trobem força més literatura en contextos anglosaxons), i que per tant és un tema que requereix més investigacions en profunditat, sobretot per la capacitat explicativa que té de molts dels fenòmens socials i especialment dels relacionats amb la salut. Amb el pressupòsit que la masculinitat (com a construcció *genèrica* i cultural) és central per explicar el malestar masculí, les formes d'expressar-lo i atendre'l -tot i que existeix una carència d'estudis en aquest sentit-, vam iniciar aquesta investigació l'any 2015. El treball (com a investigador i per a elaboració de la tesina de màster) i el coneixement previ del camp va permetre plantejar una investigació basada en un treball de camp exhaustiu i profund, caracteritzat per molta presència i molt contacte amb les persones informants i amb la possibilitat de triangular les dades obtingudes a partir de diferents tècniques de producció i anàlisi de la realitat. Vegem tot seguit quin són els objectius i les tècniques emprades amb aquests objectius.

### 3.1.2. Propòsits i objectius

L'objectiu principal del projecte de recerca en curs és analitzar les relacions que s'estableixen entre subjectivitats masculines (o *masculinitzades*), patiment mental, estigma i joventut, a través d'un estudi etnogràfic ubicat en el camp de la salut mental comunitària.

El projecte de recerca planteja altres objectius secundaris:

1. Analitzar la influència del model de masculinitat hegemònic en aquest context en termes d'aflicció i atenció del malestar.
2. Comprendre els processos d'estigmatització i les seves conseqüències en nois joves amb patiment mental.
3. Generar un diàleg entre sabers professionals i sabers *profans* (o l*egos*) sobre les formes d'acompanyament al patiment mental durant la joventut.

*Preguntes de la recerca:*

1. Com el gènere -i el model de masculinitat (o hegemonies masculines) en particular- condiciona els processos de s/m(p)/cures dels joves socialitzats com a homes? I els processos d'estigmatització en l'etapa de la joventut?

2. Com influeixen el nivell socioeconòmiques i l'edat en la relació entre patiment mental i masculinitat?

3. Com es construeix i quines característiques conformen la masculinitat hegemònica adolescent-jove en un context d'hibridació?

4. Quins punts de fuga o ruptures es produeixen com a conseqüència d'un model (o models) de masculinitat hegemònic (in)habitable? I del desplaçament que es produeix de la relació vulnerabilitat-masculinitat en els itineraris de nois *psiquiatritzats*?

*Hipòtesi*

El model de masculinitat hegemònic i l'estigma associat al camp de la salut mental determinen els itineraris d'aflicció dels nois joves que transiten la xarxa de dispositius *psi* de manera particular. La relació que s'estableix entre aquestes variables (moment vital, gènere, patiment mental i estigma) serveix com a marc per entendre com es configuren les relaciones entre normalitat i exclusió i de quina manera aquesta relació influeix sobre el malestar dels nois joves en contacte amb la xarxa de salut. Conèixer la influència d'aquestes variables sobre el patiment mental dels joves servirà per generar models d'atenció i cures amb més capacitat de recuperació i acompanyament al patiment i l'aflicció dels nois joves.

La nostra hipòtesi de partida es basa en una doble relació entre masculinitat hegemònica (MH) i patiment. D'una banda, el model hegemònic produeix patiment en si mateix, perquè és un model basat en la violència, la impossibilitat de mostrar-se vulnerable i la dominació. D'altra banda, l'expulsió que pateixen els homes respecte al rol de gènere masculí hegemònic derivada dels itineraris psiquiàtrics o *psiquiatritzants* produeix patiment en si mateix. Tanmateix, creiem que aquesta expulsió, amb un acompanyament adequat, pot provocar desplaçaments pel que fa als valors hegemònics de la masculinitat i reduir el nivell de patiment mental a partir de buscar noves formes d'expressar la vulnerabilitat i el malestar.

### 3.1.3. Tècniques de recollida i producció de la informació

El treball de camp s'ha realitzat a partir d'una etnografia dividida en dues unitats d'anàlisi, amb un treball molt desigual entre ambdues. Realment el context etnografiat amb més profunditat ha estat el club social i els seus derivats, deixant l'hospital de dia per a adolescents en segon pla. De manera complementària s'ha realitzat també una anàlisi o investigació del context més ampli:

- **Context:** Ciutat i província de Barcelona, xarxa de salut mental en termes comunitaris i àmbit educatiu. Per analitzar el context més ampli, que ens permet posar en diàleg les dades etnogràfiques amb una anàlisi més macro hem fet servir, d'una banda, les dades de l'informe FRESC 2016 (3888 adolescents de la ciutat de Barcelona). I de l'altra, els resultats d'un exercici sobre les característiques de la masculinitat, segons 154 adolescents socialitzats com a homes d'instituts de la província de Barcelona, i les entrevistes amb professionals de la xarxa de salut mental infantil i juvenil de la ciutat de Barcelona.

- **Hospital de dia:** Des del mes de juny de 2014 fins al juny de 2015 es va generar, dins un hospital de dia de la ciutat de Barcelona, un grup mixt d'acompanyament pensat per acompanyar la sortida dels adolescents en el moment que reben l'alta del dispositiu. Vaig formar part del grup des de l'inici com a facilitador/educador del grup. En termes metodològics aquest grup serà el que actuarà de grup focal durant la primera fase del treball de camp.

- **Club social**: Aquesta ha estat la unitat d'anàlisi principal durant el treball de camp. De manera setmanal he participat durant els darrers 8 anys en diferents activitats (principalment

futbol i ràdio, però també d'altres activitats com assemblees, celebracions, etc.) d'un club social de Barcelona. En aquestes activitats hi participen joves i adults (majoritàriament nois, però no només) que formen part del circuit de dispositius psiquiàtrics de la ciutat de maneres molt diverses i aparentment es troben en procés de desinstitucionalització o resocialització. El club social ens ha permès accedir i mantenir contacte amb un dispositiu psicosocial de caire més obert o porós i establir contacte amb joves i adults que es troben en un grau menor de relació amb les institucions de salut mental. Totes les entrevistes amb nois, els relats de vida i dos dels grups focals realitzats (un amb joves i l'altre amb professionals) es vinculen a persones del club social. Els dos relats de vida s'han realitzat també a partir d'entrevistes realitzades amb persones que formen o han format part del club.

#### 3.1.3.1. Observació participant

M'agrada la definició que fa Mari Luz Esteban (2011) quan adapta la frase de Piedad Bonnet sobre la poesia a la seva manera d'entendre l'Antropologia: "L'antropolgía como un dejarse tocar por el mundo e intentar transformar eso en palabras, sonidos, imágenes... sin ser un sentimental". I aquesta ha estat segurament la manera d'enfocar el treball de camp en tot moment, *deixar-se tocar*. Des de l'inici de la recerca (octubre de 2011), tot i certa planificació pel que fa a les entrevistes, els ítems d'observació, el diari de camp, etc., la dimensió de procés obert i plàstic ha guiat les diferents fases de la investigació. Les preguntes d'investigació han variat o s'han anat construint de manera heurística conforme avançava el treball de camp. Això ha estat així, entre d'altres motius, perquè estudiar la masculinitat o les masculinitats como a conjunt de pràctiques requeria d'un model d'investigació adaptable, flexible i basat en la proximitat. Partíem de la base, com dèiem anteriorment, que no es pot estudiar la masculinitat (o les construccions *sexogenèriques*) només a partir del discurs que se'n fa, cal veure-la en acció i en relació per analitzar-la. Recordem que el gènere és un element central en la identitat, però té més a veure amb el *fer* i les pràctiques que amb el *ser.* Per quest motiu ha estat fonamental un treball de camp basat en la proximitat i el vincle, en què les entrevistes es poguessin generar en un context de confiança i on l'observació no fos vista com a tal, o com a mínim no del tot. La meva figura en totes les activitats ha estat la d'educador, i això ha facilitat aquesta proximitat, el vincle i aquesta participació en les activitats a partir d'un rol més definit, menys ambigu o més incòmode que el rol d'observador, però també m'ha generat dilemes ètics: no sempre s'ha explicat o no s'ha explicat amb prou claredat a totes les persones aquesta doble funció d'educador-

antropòleg i el rol d'educador ha contaminat algunes de les dinàmiques relacionals, ja que l'educador assumeix una figura de certa autoritat dins dels grup i això és inevitablement un condicionant.

Cal matisar que, de manera conscient, durant determinats períodes i tenint en compte la llarga durada del treball de camp, el registre d'allò observat ha estat intermitent, mai s'ha de deixat d'observar i aquest treball és el resultat de tots aquests anys d'observació, però el registre d'aquesta observació ha estat discontinu. En molts moments s'ha prioritzat la figura de l'educador per sobre de la figura de l'antropòleg, podem dir. Aquesta ha estat segurament una de les fortaleses i de les debilitats de la investigació en termes metodològics: la durada. Gràcies a la durada s'ha pogut realitzar un treball de camp amb molta profunditat i recuperar aquesta importància de fer treball de camp sense tanta pressa com les etnografies clàssiques, però també va aparèixer, per moments, certa "saturació" pel que fa les dades obtingudes, especialment d'aquelles derivades de l'observació. Des de Glasser i Strauss (1967) fins a Bertaux (1993), entre d'altres, la *saturació* ha aparegut com un criteri de validació de les tècniques d'investigació qualitatives, però també és un concepte que ha servit per entendre que l'augment indiscriminat d'unitats (en el nostre cas temps d'observació participant) no augmenta la qualitat de la informació, i pot, fins i tot, dificultar l'anàlisi posterior. Aquesta saturació juntament amb la pèrdua de capacitat analítica per la meva conversió progressiva al rol d'educador va accelerar la necessitat de començar a fer entrevistes, per tal d'obtenir informació a partir d'altres vies, més enllà de l'observació participant. La recerca de narratives i una veu més directa dels informants, menys *mediada* per la meva interpretació, també va estar darrere de la proposta de fer entrevistes individuals.

Durant els períodes del treball de camp en què es va dur a terme un registre metòdic de l'observació, es va registrar tot allò que passava durant les sessions (ràdio, futbol), els espais informals vinculats a les activitats (trajectes en tren, espais informals previs o posteriors a les activitats com ara prendre un refresc després de l'entrenament, etc.) i altres activitats de club (assemblees, festes, etc.) Tot i un registre exhaustiu en el diari de camp de tot allò que passava o era capaç de recordar després la recollida de dades, ens vam centrar en els següents ítems observables:

- Model de masculinitat: masculinitat hegemònica, pràctiques *sexogenèriques*, formes de relació, formes de jerarquització, expressions dissidents de la masculinitat, vulne-

rabilitat i la seva gestió, reconeixement o negació de la masculinitat, paper de l'esport i el futbol, estratègies de masculinització, referències a la sexoafectivitat, referències a violències exercides i rebudes, homofòbia etc.

- Estigma: fa referència a l'estigma en el grup, de quina manera i quines són les seves diferents vivències, intentant detectar quins són els elements que condicionen o expliquen les diferents maneres de viure'l i significar-lo.
- Joventut: quins elements diferencials o específics es deriven de la vivència de formar part d'un col·lectiu estigmatitzat durant l'etapa de la joventut, de la socialització masculina, de l'itinerari assistencial o del propi patiment.
- Variables socioeconòmiques: quines són les característiques sociodemogràfiques de les persones informants. Observarem com condicionen les narratives i les experiències.
- Variables derivades del context assistencial-institucional: diferències i similituds entre els diferents contextos -més oberts o més tancats- i com condicionen o s'articulen amb els processos d'estigmatització.

#### 3.1.3.2. Informe FRESC[53]

A partir de l'any 1987 els serveis de salut pública de Barcelona van començar a estudiar la salut dels i les adolescents de la ciutat a partir d'una mostra representativa d'escolars de la ciutat. L'objectiu d'aquesta enquesta era identificar factors de risc per a les malalties cròniques de l'adult per tal de tenir un punt de partida per intentar modificar hàbits no saludables. Per a aquest primer estudi es van seleccionar preguntes sobre consum de tabac, consum d'alcohol i l'exercici físic i es va estudiar la validesa de l'instrument. Al llarg dels anys aquesta enquesta s'ha anat consolidat com l'enquesta de *Factors de Risc en Estudiants de Secundària* (FRESC) de Barcelona realitzada per *l'Agència de Salut Pública de Barcelon*a. Durant aquestes ampliacions de l'enquestes es van afegir eines per avaluar també la salut mental i el benestar emocional d'aquesta mateixa població, que és la part que ens ha interessat analitzar.

[53]La majoria d'informació procedimental i metodològica està extreta de l'informe "La salut i els seus determinants en l'alumnat adolescent de Barcelona Enquesta de Factors de Risc en Estudiants de Secundària" (ASPB, 2016).

L'enquesta FRESC es porta a terme periòdicament (cada 4 anys) en mostres representatives dels centres educatius de Barcelona amb l'objectiu de conèixer els comportaments i factors de risc per a la salut dels escolars de la ciutat. A l'enquesta s'hi recullen dades sociodemogràfiques i socioeconòmiques i s'hi aborden temes diversos com la salut, el benestar, la salut mental, les relacions amb els altres, els hàbits alimentaris, l'activitat en el temps de lleure, el descans, el consum de substàncies addictives, la sexualitat i contracepció, i la mobilitat i seguretat viària. No tots aquests temes són estudiats des de l'inici, ja que l'enquesta ha anat evolucionant i adaptant-se, però en el nostre cas això no és rellevant perquè, de moment, ens hem basat només en les dades extretes de l'enquesta de 2016.

Durant l'elaboració de l'enquesta es va vetllar per mantenir la representativitat de la mostra, el mostreig per conglomerats per tal de poder comparar per cursos (grups d'edat), la comparabilitat amb les dades anteriors i la coherència del qüestionaris amb d'altres enquestes rellevants, dins i fora del nostre territori, entre les que s'inclou l'enquesta del Pla Nacional de Drogues (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014a) o l'Enquesta Europea *Health Behavior in School-aged Children* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014b).

### Participants

La població d'estudi va ser l'alumnat de segon i quart d'ESO, de segon de Batxillerat, de segon de Cicles Formatius de Grau Mitjà (CFGM) i dels Programes de Formació i Inserció (PFI), matriculats el curs 2015-2016 en 119 centres educatius (instituts, escoles de treball, casals amb formació professional, etc.) diferents del terme municipal de Barcelona. La mostra final d'alumnat adolescent, de 13 a 19 anys, de Barcelona, va ser de 3.888; 1.210 alumnes de 2n d'ESO, 1.124 de 4t d'ESO, 1.053 de 2n de Batxillerat i 501 de CFGM. La mostra es va distribuir en un total de 186 aules distribuïdes de la següent manera: 49 de 2n curs d'ESO, 49 de 4t curs d'ESO, 46 de 2n curs de Batxillerat i 42 de CFGM. El percentatge de resposta de l'alumnat (l'alumnat enquestat respecte l'alumnat matriculat) va ser del 91,9% a 2n d'ESO, del 90,2% a 4t d'ESO i del 82,0% a 2n de Batxillerat i CFGM (85,8% i 76,6%, respectivament). De l'alumnat total que va respondre a l'enquesta, es van incloure aquells i aquelles amb una edat dins el rang esperat segons el curs (13-15 anys a 2n d'ESO, 15-17 anys a 4t d'ESO, 17-19 anys a 2n de Batxillerat i CFGM) i es van excloure aquelles/aquells dels quals no se'n podia calcular l'edat (falta de data de naixement o data errònia).

### Procediment

L'enquesta es va administrar entre el febrer i el maig de 2016, en horari lectiu. Pels nivells d'educació secundària es va determinar una grandària de mostra necessària aproximada de 1.000 alumnes de 2n d'ESO, 4t d'ESO i 2n de Batxillerat, conjuntament amb 2n de CFGM. Aquesta mida de mostra permet obtenir una precisió del 3%, amb un error alfa del 5%, una proporció esperada del 50% (p=q=0,5, supòsit de màxima incertesa) i una població, segons les dades del Consorci d'Educació de Barcelona[54], al voltant dels 14.700 a 2n i 4t d'ESO, dels 15.000 a 2n de Batxillerat i 2n de CFGM (11.000 i 4.000 respectivament). A partir d'una aproximació prèvia d'una proporció de no resposta del 20%, el nombre d'alumnes a enquestar per cada nivell es va estimar en uns 1.200. Tot i que l'alumnat de 2n de Batxillerat i de 2n de CFGM es van estudiar conjuntament, es va dissenyar la mostra per tal que s'ajustés al màxim a una mostra representativa, tant per a 2n de Batxillerat com per a 2n de CFGM (una mostra de 1.000 per 2n de Batxillerat i de 800 per CFGM, més un 20% per poder assumir les no respostes).

Per tots els nivells acadèmics (2n d'ESO, 4t d'ESO, 2n de batxillerat i CFGM) es va realitzar un mostreig aleatori estratificat, la unitat mostral del qual va ser l'aula. Les variables d'estratificació (Ajuntament de Barcelona, 2013) van ser el nivell socioeconòmic del barri del centre educatiu, segons l'Índex de Renda Familiar Disponible (RFD) de l'any 2013, la titularitat del centre (pública, concertada/privada) i el districte (Ciutat Vella, Eixample, Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, Gràcia, Horta-Guinardó, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí). A partir d'aquestes tres variables es van considerar 81 estrats. Es van calcular el nombre aproximat d'aules necessàries per aconseguir les mides de mostra establertes. Assumint 29 alumnes per aula als cursos d'ESO, 28 a 2n de Batxillerat i 23 a 2n de CFGM, i tenint en compte la distribució d'aules segons els estrats definits, es va calcular que calia enquestar aproximadament l'alumnat de 47 aules a cada nivell d'ESO i de 46 a cada nivell postobligatori (2n de Batxillerat i 2n de CFGM), per tal de tenir representats de tots els estrats.

[54]Consorci d'Educació de Barcelona [Internet]. Generalitat de Catalunya. Ajuntament de Barcelona. Disponible a: http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/estadistiques/estadistiques-ensenyament/curs-actual/

Segons les dades del Consorci d'Educació de Barcelona, la grandària de mostra establerta per a cada curs significava una fracció de mostreig aproximada d'un 10% a ESO, d'un 11% a Batxillerat i d'un 22% a CFGM, així que la fracció mitjana de mostreig era del 15%. Per tant, pel que fa a l'alumnat dels PFI, es va enquestar el 15% de les aules comptabilitzades a la ciutat de Barcelona, és a dir 20 aules. Es va dur a terme la selecció aleatòria de les aules a cada un dels estrats i per cada nivell acadèmic (2n i 4t d'ESO, 2n de batxillerat, 2n de CFGM i PFI) mitjançant el programa estadístic STATA 13.0. Quan, per motius justificats, l'escola no podia o no volia participar, es contactava amb una escola de substitució dintre del mateix estrat. En el procés de selecció de la mostra es van escollir quatre aules de més per estrat com a possibles substitutes.

El primer contacte amb les escoles es va dur a terme directament des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), però la resta del treball de camp el va realitzar l'empresa "APLICA Investigació Social, SL", sota la supervisió de personal tècnic de l'ASPB responsables del FRESC. L'ASPB va elaborar el manual de l'entrevistador i va participar en la seva formació i en la prova pilot. A la prova pilot es va seleccionar una escola que no hagués estat seleccionada, ni com a substituta, i es van simular les condicions reals de recollida de dades previstes per fer el treball de camp, tant tècniques com escolars, organitzatives, etc. A cada aula enquestada es va registrar un full de control del treball de camp amb informació sobre les incidències en l'administració de l'enquesta, com el rebuig de participació de l'alumnat, entre d'altres informacions. També es va dur a terme un control de qualitat intern dos cops per setmana al llarg de tot el procés, adient per garantir la qualitat i fiabilitat de la informació recollida.

## Instruments d'avaluació

Variables sociodemogràfiques:

**Sexe** *(Al llarg del capítol farem servir* sexe *perquè es la nomenclatura emprada a l'informe FRESC però, tal i com hem explicat i discutirem més endavant, hauríem de parlar més aviat de gènere (com a construcció cultural i resultat d'un procés de socialització):*

A la pregunta "Ets un noi o una noia?" hi van aparèixer dues possibles respostes o no respondre. Només 2 alumnes de 2n d'ESO, 3 de 4t d'ESO i 4 de 2n de Batxillerat no van indicar el sexe al qüestionari, i aquests es va decidir no incloure'ls-hi.

**Edat:**
L'edat es va obtenir a partir de la data de naixement de l'alumne/a i la data d'administració de l'enquesta. Els rangs d'edat establerts com a vàlids per a cada curs acadèmic van ser de 13 a 15 anys a 2n d'ESO, de 15 a 17 anys a 4t d'ESO i de 17 a 19 anys a 2n de batxillerat i CFGM. L'alumnat amb una edat fora del rang que els corresponia, de la mateixa manera que aquells/es que havien deixat en blanc la pregunta sobre la data de naixement o no l'havien respost correctament, van quedar excloses/exclosos de l'anàlisi.

**Nivell socioeconòmic de l'alumnat:**
El nivell socioeconòmic de l'alumnat es va obtenir mitjançant el *Family Affluence Scale* (FAS), una mesura individual basada en un conjunt de preguntes relacionades amb la capacitat econòmica de la família de l'alumnat (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014b). Les preguntes realitzades per a l'obtenció del FAS van ser sobre les condicions de les llars dels i les joves i feien referència concreta a la propietat de vehicles, disposició d'habitació pròpia, les vacances i la disposició d'ordinador. Es va sumar la puntuació a cadascuna de les quatre preguntes i es van definir tres nivells socioeconòmics: baix, amb una puntuació total del FAS entre 0 i 3; mitjà, amb una puntuació total del FAS entre 4 i 5; i alt, amb una puntuació total del FAS entre 6 i 7.

Benestar i salut mental

A partir de les variables que analitza l'informe FRESC (2016), hem escollit tres indicadors que ens permeten avaluar la salut autopercebuda de les persones enquestades:

**Salut (general) autopercebuda:**
Per tal de determinar l'estat de salut dels adolescents es va utilitzar la pregunta "Com diria que és la teva salut en general?" amb cinc categories de resposta: excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta.

**Desesperació:**
Resposta binària (sí o no) a la pregunta "Durant els últims 12 mesos, t'has sentit tan trist/a o desesperat/ada gairebé cada dia durant les setmanes seguides que has hagut d'aturar la teva activitat quotidiana?"

**Escala *Warwick Edinburgh Mental Well-being* (WEMWBS):**

Aquesta escala permet mesurar els aspectes positius de la salut mental en les últimes dues setmanes abans de la resposta del qüestionari. En aquest cas es va fer sevir la versió espanyola de López *et al.* (2013) traduïda al català, que consta de 14 termes positius que inclouen l'aspecte centrat en l'experiència subjectiva de felicitat i satisfacció amb la vida, i la perspectiva centrada en el funcionament psicològic i la realització amb si mateix, així com l'afecte positiu, la satisfacció de les relacions interpersonals i el funcionament positiu. Cada ítem es respon amb una escala ordinal de tipus *likert* de 5 punts, amb les categories: mai, molt poques vegades, algunes vegades, sovint i sempre. Se sumen les puntuacions dels 14 ítems i s'obté la puntuació global (rang 14-70). Puntuacions més altes indiquen majors nivells de benestar mental.

***Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ):**

És un breu qüestionari dissenyat l'any 1997 per Goodman, pensat per a la detecció de problemes de SM en els nenes/nens i adolescents d'entre 4 i 16 anys. Es va pensar perquè fos efectiu especialment per al triatge dels trastorns de conducta i hiperactivitat. Aquest qüestionari s'ha convertit en pocs anys en un dels instruments més utilitzats en clínica i en investigació, segons el directori on es sistematitzen les diferents versions traduïdes del SDQ[55]. L'any 2017 existien 4699 publicacions provinents de 100 països diferents. Aquesta utilització extensiva de l'eina té a veure segurament amb la seva aplicabilitat, ja que permet mesurar problemes de comportament i competències des d'una edat precoç amb una eina àgil, senzilla, acceptada i traduïda a més de 40 idiomes. Presenta una fiabilitat i una validesa acceptables (Goodman, 2001; Stone, Otten, Engels, Vermulst i Janssens, 2010) i ha estat validada també en el context espanyol (García *et al.,* 2000; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino, Sastre i Riba i Muñiz, 2015a) i català (Rajmil, López-Aguilà, Penina, Bustos, Sanz i Guiteras, 2010). Les propietats psicomètriques de l'SDQ, en la seva versió autoinformada, es troben àmpliament testades, tant pel que fa a la seva fiabilitat, com pel que fa a la validesa de la seva estructura interna, convergent-discriminant i predictiva (Bourdon, Goodman, Rae, Simpson, i Koretz, 2005; Goodman, 1999, 2001; Vostanis, 2006; Ruchkin, Jones, Vermeiren i Schwab-Stone, 2008). Existeix una versió per a pares/mares/tutores/tutors, una altra per al professorat (amb filles/fills o alumnat de 4-16 anys) i una altra d'autoadministrada per a

[55] https://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/f0.py

adolescents (11-16 anys). Aquesta tercera versió és la que ha fet servir el informe FRESC, en la seva versió catalana i adreçada a joves d'11-17 anys[56].

L'SDQ es basa en 25 afirmacions, que es distribueixen al llarg de 5 subescales (amb 5 ítems cadascuna): símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes de relació amb els iguals (*peers*) i conducta *prosocia*l. Les primeres quatre subescales formen una puntuació total de dificultats i la darrera es comptabilitza com a fortalesa. En aquest estudi es va utilitzar un format de resposta *likert* de 3 opcions de resposta ("No és cert", "Una mica cert" i "Absolutament Cert"). Les puntuacions totals es van obtenir a partir de la suma de cada ítem i el resultat podia anar de 0 a 40 en funció de les respostes de cada persona. A major puntuació obtinguda, major probabilitat de presentar problemes de salut mental. A partir de la puntuació total obtinguda, es categoritza la variable en: SDQ normal (puntuació 0-15), que identifica l'alumnat amb escassa probabilitat de patir un problema de salut mental; SDQ límit (puntuació 16-19), que identifica l'alumnat al límit entre la possibilitat de patir o no patir un problema de salut mental; SDQ anormal (puntuació 20-40), que identifica els probables casos de patir un problema de salut mental o si més no un grau d'aflicció considerable.

D'altra banda, i això ens interessava especialment per al nostre estudi, l'SDQ permet desgranar aquestes dificultats en el que en llenguatge medicopsiquiàtric s'anomenaria "tipus de símptomes", i que nosaltres analitzen com a formes d'expressió del malestar. En totes les subescales, a excepció de la *conducta prosocial*, una major puntuació és indicativa de major "simptomatologia afectiva i/o comportamental". Aquesta puntuació va de 0 a 10 i després es pot (re)classificar com a "Normal", "Límit" i "Anormal". Cal precisar, no obstant això, que en el nostre cas no vam emprar aquesta reclassificació per grups categòrics, sinó que vam utilitzar la puntuació total. Així, aquestes variables van ser analitzades com a un contínuum de major a menor presència de malestar en cada una de les dimensions de l'SDQ i alhora en funció de les característiques i dels valors obtinguts per a cada individu en la resta de variables presentades.

[56]http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Catalan

Variables per a l'obtenció d'un índex d'adherència al gènere (IAC) exploratori

L'objectiu principal d'aquest treball és explorar la possibilitat de construir IAG operatiu en base a les dades disponibles en l'informe FRESC i que eventualment permeti transcendir el binarisme de la variable sexe en l'anàlisi de la relació entre salut mental i gènere durant l'adolescència. A partir de les dades que ens proporciona l'enquesta FRESC 2016 vam escollir aquelles variables que presentaven una major divergència en relació al sexe, és a dir, aquelles variables en què persones que s'identificaven com a noies o com a nois tenien probabilitats més elevades d'obtenir valors divergents. Cal concretar que quan parlem d'adherència al gènere ens referim al gènere normatiu, entès com a construcció cultural en un context com el nostre. Tenint en compte que la variable que, segons l'informe FRESC, representa el "sexe" en realitat concentra elements del sexe com a fet biològic i la identitat de gènere, les quals es barregen segurament (de manera més o menys inconscient) o s'interrelacionen amb l'expressió de gènere (maneres de fer, parlar, vestir i comportar-se en funció d'un ordre cultural binari i normatiu) i la preferència sexual. Aquestes variables procedents de l'informe FRESC 2016 a partir de les quals hem elaborat aquest particular IAG són les següents (la selecció de variables per a la realització de l' IAG es va basar, en primer lloc, en aquelles que presentessin divergències notables en les seves mitjanes per "sexe". En segon lloc, aquesta selecció, com explicarem en el proper apartat, es va realitzar prescindint d'aquelles variables que podien distorsionar els resultats per les seva naturalesa estadística):

| Variable | Pregunta | Possibles respostes |
|---|---|---|
| ***Discriminació rebuda per orientació sexual en els últims 12 mesos*** | Els últims 12 mesos, has experimentat algun tipus de discriminació per causa de les situacions següents (per la teva orientació sexual)? | Mai, algunes vegades, moltes vegades o constantment. (4) |
| ***Rigut*** | Durant els últims 12 mesos s'han rigut de tu o t'han insultat a l'escola o de camí a l'escola? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |
| ***Pegat*** | Durant els últims 12 mesos t'han colpejat, t'han atacat i/o amenaçat a l'escola o durant el camí cap a l'escola? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |
| ***Marginat*** | Durant els últims 12 mesos a vegades els/les companyes et marginen o rebutgen que tu formis part del grup? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |

| | | |
|---|---|---|
| ***Insultar*** | Durant els últims 12 mesos has participat amb altres companys/es o amb el teu grup en el fet de riure o insultar altres companys/es a l'escola o durant el camí a l'escola? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |
| ***Colpejar*** | Durant els últims 12 mesos has participat amb altres companys/es o amb el teu grup en el fet de colpejar, atacar o amenaçar altres companys/es de l'escola o durant el camí a l'escola? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |
| ***Rebutjar*** | Durant els últims 12 mesos has participat amb altres companys/es o amb el teu grup en el fet de rebutjar o marginar altres companys/es? | Mai, 1 vegada, 2 vegades, 3 vegades o 4 vegades o més. (5) |
| ***Ciberassetjament rebut*** | Alguna persona t'ha perjudicat a través d'Internet (enviament de fotos, vídeos, comentaris)? | Sí o no. (2) |
| ***Ciberassetjament exercit*** | Has fet servir Internet per perjudicar alguna persona (enviament de fotos, vídeos, comentaris)? | Sí o no. (2) |
| ***Exercici físic extenuant*** | Habitualment, en una setmana quantes vegades fas els següents tipus d'activitats físiques (Exercicis extenuants) durant més de 15 minuts seguits cada cop, en el teu temps lliure? | Resposta numèrica. |
| ***Exercici físic suau*** | Habitualment, en una setmana quantes vegades fas els següents tipus d'activitats físiques (Exercicis suaus) durant més de 15 minuts seguits cada cop, en el teu temps lliure? | Resposta numèrica. |
| ***Activitat física*** | L'última setmana quants dies et vas sentit físicament actiu/va durant un total d'almenys 60 minuts al dia? | De 0 a 7 dies. (7) |
| ***Activitat extraescolar esportiva*** | Indica amb quina freqüència acostumes a fer les activitats següents (Activitats extraescolars esportives) en el temps lliure? | No faig aquesta activitat, 2-3 vegades al mes o rara vegada, 1 vegada a la setmana aproximadament i 2 vegades a la setmana o més. (4) |
| ***Activitat extraescolar artística*** | Indica amb quina freqüència acostumes a fer les activitats següents (Activitats extraescolars artístiques o culturals) en el temps lliure? | No faig aquesta activitat, 2-3 vegades al mes o rara vegada, 1 vegada a la setmana aproximadament i 2 vegades a la setmana o més. (4) |
| ***Hores videoconsola entre setmana*** | Durant el teu temps lliure (en un dia de classe), quantes hores al dia dediques normalment a jugar amb la videoconsola (PlayStation, Xbox, Nintendo DS, PSP, etc.)? | Nombre d'hores. Resposta numèrica. |

| | | |
|---|---|---|
| ***Hores videoconsola cap de setmana*** | Durant el teu temps lliure (en un dia de cap de setmana), quantes hores al dia dediques normalment a jugar amb la videoconsola (PlayStation, Xbox, Nintendo DS, PSP, etc.)? | Nombre d'hores. Resposta numèrica. |
| ***Hores videoconsola abans de dormir entre setmana*** | En un dia de classe, quan estàs a la teva habitació, amb quina freqüència fas les següents activitats (jugues amb la videoconsola) abans d'anar a dormir? | Mai, rarament, de vegades, sovint i sempre. (5) |
| ***Consum alcohol*** | Acostumes a beure almenys mig got d'algun tipus de begudes alcohòlica: a discoteques, bars i festes amb els amics/amigues. | Sí o no.(2) |
| ***5 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió*** | Has pres alguna vegada 5 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió? (entenent com a "ocasió" prendre les begudes seguides o en un interval aproximat de 2-4 hores)? | Sí, en els últims 30 dies; Sí, en els últims 6 mesos; Sí, en els últims 12 mesos; Sí, alguna vegada a la vida; No, mai. (5) |
| ***Orientació sexual*** | Pensant en les persones que t'atrauen sexualment, amb quina de les següents afirmacions t'identifiques més?. | Només m'atrauen les persones del meu sexe; Habitualment m'atrauen les persones del meu sexe, però alguna vegada m'atrau alguna persona de l'altra sexe; M'atrauen indistintament persones del meu sexe i de l'altre; Habitualment m'atrauen persones de l'altre sexe, però alguna vegada m'atrau alguna persona del meu propi sexe; Només m'atrauen persones de l'altre sexe i No ho tinc clar. (6) |
| ***Cinturó de seguretat davant*** | Quan circules en cotxe (ja sigui conduint o com a passatger/a), et poses el cinturó de seguretat quan vas davant? | Sempre, sovint, a vegades, rarament, mai i no vaig mai en cotxe. (6) |
| ***Cinturó de seguretat darrere*** | Quan circules en cotxe, et poses el cinturó de seguretat quan vas darrere? | Sempre, sovint, a vegades, rarament, mai i no vaig mai en cotxe. (6) |
| ***Casc moto*** | Quan circules en motocicleta o ciclomotor (ja sigui conduint o com a passatger/a), et poses<br><br>el casc? | Sempre, sovint, a vegades, rarament, mai i no vaig mai en motocicleta. (6) |
| ***Casc bici*** | Quan circules en bicicleta, et poses el casc? | Sempre, sovint, a vegades, rarament, mai i no vaig mai en bicicleta. (6) |

| | | |
|---|---|---|
| ***Conducció vehicle i alcohol*** | Amb quina freqüència has conduït algun vehicle de motor (cotxe o moto) sota l'efecte de l'alcohol i/o altres drogues? | Sovint, a vegades, rarament, mai i no condueixo. (5) |
| ***Passatger/a en un cotxe on la persona que conduïa havia consumit alcohol*** | Amb quina freqüència has pujat a un vehicle de motor (cotxe o moto) en què qui el conduïa estava sota els efectes de l'alcohol i/o altres drogues? | Sovint, a vegades, rarament i mai. (4) |
| ***Conducció bicicleta i alcohol*** | Amb quina freqüència has conduït la bicicleta sota l'efecte de l'alcohol i/o altres drogues? | Sovint, a vegades, rarament, mai i no vaig mai en bicicleta. (5) |

*Taula 1. Variables informe FRESC seleccionades pel IAG. Elaboració pròpia.*

## Anàlisi de les dades

En primer lloc vam emprar les dades de l'informe FRESC 2016 per explorar les relacions existents entre les diverses variables associades a la salut de manera general i a la salut mental en particular amb el factor sexe, per testar de manera preliminar possibles disparitats potencialment associades al binomi sexe/gènere. Com s'ha comentat anteriorment, assumim que aquest factor sexe definit de manera binària (noi o noia) inclou de fet no només el component "biològic", sinó que també hi convergeixen elements relacionats amb la identitat i les pràctiques de gènere, així com d'orientació sexual. En aquestes primeres anàlisis, sempre vam incloure com a covariables l'edat de l'enquestat i el nivell socioeconòmic del seu nucli familiar per analitzar així possibles interaccions entre el sexe/gènere i aquests factors socioeconòmics, els quals poden tenir implicacions importants per la salut mental dels adolescents. Les variables que vam analitzar van ser salut autopercebuda, el nivell de desesperació, el benestar mental (i. e. WEMWBS), i del qüestionari SDQ la puntuació total dels diversos subcomponents. Per a cada una d'aquestes anàlisis vam construir models lineals generals o generalitzats en funció de la naturalesa de la variable resposta (distribució gaussiana, Poisson o binomial negativa) completament saturats, és a dir incloent-hi d'inici totes les covariables explicatives (sexe, edat i nivell socioeconòmic) i les seves interaccions. Els models saturats van ser simplificats en base a la manca de significació (i. e. *P-valors* > 0.05) de les interaccions de tercer i segon ordre successivament, juntament amb l'avaluació de la bondat d'ajust dels models a les dades segons el Criteri d'Informació d'Akaike (AIC per les seves sigles en anglès), el qual pondera el poder explicatiu assolit pel model en

funció del nombre de paràmetres inclosos (Burnham i Anderson 2002). Les assumpcions dels models mínims acceptables, així com el seu comportament i ajustament a les dades (e. g. distribució normal dels residus, absència d'heteroscedasticitat, presència d'*outliers* o d'observacions d'efecte desproporcionat) van ser avaluades per mitjà d'anàlisis visuals dels residus de cada model (Burnham i Anderson 2002; Miles i Gilbert 2005). En relació al resultats del qüestionari SDQ, també vam realitzar una anàlisi de components principals (PCA per les seves sigles en anglès) amb la matriu de dades procedent de les puntuacions obtingudes pels enquestats en cada una de les subescales. D'aquesta manera vam poder comprovar com es distribuïen els diferents components (emocional, prosocial, conductual etc.) en relació a la variable sexe, detectar biaixos per sexe i posteriorment validar-los per mitjà de models lineals de manera similar a com s'ha esmentat anteriorment.

En segon lloc, vam explorar la possibilitat d'extreure un IAG a partir de les dades del FRESC 2016 que potencialment permetés analitzar la relació entre la salut mental dels adolescents i els seus patrons de conducta i socialització de gènere independentment del seu sexe o com a mínim complementant-ho. Per fer-ho, vam realitzar diverses anàlisis de components principals (PCAs) seleccionant el conjunt de variables que a priori millor segreguessin la població adolescent per sexe, i progressivament eliminant aquelles variables que no aportessin informació o variació extra (vectors curts associats a *eigenvalues* petits), o bé que no estiguessin prou ben representades en la població mostral (e. g. l'ús de mètodes anticonceptius que, malgrat que tenen un fort biaix per sexe, no es van poder incloure pel fet de només estar presents en les franges d'edat majors). La finalitat del PCA és per definició reduir la dimensionalitat d'unes dades multivariables a una sèrie d'eixos o components principals que capturen la màxima variabilitat present en les diverses observacions. La visualització *a posteriori* dels resultats d'aquest PCA incloent-hi el factor sexe va permetre detectar quin d'aquests eixos està més associat al factor sexe i per tant pot estar potencialment més vinculat al component social del gènere inclòs en el factor binari sexe. De nou, per mitjà de models lineals generals vam validar aquesta disparitat per sexes associada a aquest eix i el vam redefinir com a l'IAG operatiu resultant de l'enquesta FRESC 2016. Un cop fet això, vam avaluar el poder explicatiu d'aquest IAG sobre el component emocional i el prosocial del qüestionari SDQ, els quals amb anterioritat vam observar que presenten uns marcats biaixos per sexe. Aquesta anàlisi del poder explicatiu de l'IAG la vam realitzar a través d'un procés automàtic de selecció multimodel. Breument, aquest procediment consisteix en la realització d'un model lineal saturat que inclogui totes les variables potencialment

explicatives juntament amb les seves interaccions. De manera similar a l'apartat anterior, aquest model saturat va consistir a avaluar els components emocionals i prosocials en funció del factors sexe, edat i el nivell socioeconòmic, però aquest cop incloent-hi a més a més la puntuació de cada individu en l'IAG. No obstant això, a diferència del cas anterior, la selecció dels models més parsimoniosos, és a dir, els que expliquen més amb un menor nombre de paràmetres, es va realitzar de manera automàtica i no supervisada basada exclusivament en l'AIC de cada model. S'ha de fer notar que un model saturat amb quatre covariables i les seves interaccions dona, per simple combinatòria, centenars possibles models mínims adequats. Finalment, vam comparar els resultats dels millors models seleccionats en base al seu AIC i vam avaluar el poder explicatiu aportat per aquest IAG calculant els coeficients de determinació (i. e. $R^2$ o percentatge de variància explicada) de models equivalents amb o sense afegir aquest índex.

Totes les anàlisis estadístiques es van dur a terme en l'entorn de programació R v 3.5.1 (R Core Team, 2019), els models lineals i la selecció automàtica de models mitjançant els paquets estadístics *lme4* (Bates, Maechler, Bolker i Walker, 2015) i *MuMIn* (Barton, 2019) respectivament, i la visualització de les dades mitjançant el paquet estadístic *ggplot2* (Wickham 2016).

#### 3.1.3.3. *Coses que em defineixen com a noi*

Per obtenir més informació sobre quins elements vertebren la masculinitat hegemònica i la masculinitat viscuda en el nostre context (vegeu hipòtesis de partida en el capítol 5 ) ens hem basat en uns exercicis realitzats en dos moments diferents -els quals permeten dos nivell d'aprofundiment diferents-de la investigació. M'explico: durant els anys que ha durat l'etnografia, he repetit infinites vegades, amb els nois joves amb qui he treballat, un joc que no tenia un objectiu analític, sinó iniciar una sèrie de tallers amb nois adolescents a diferents instituts de Catalunya, tallers que hem realitzat a través de la Cooperativa Candela i que tenien com a objectiu generar un espai de reflexió sobre la masculinitat apresa. Eren tallers d'entre 2 i 4 hores amb alumnat d'instituts o centres de secundària (entre 1r d'ESO i 2n de Batx, 12-18 anys) durant els quals, a partir de dinàmiques, pretenïem reflexionar sobre el gènere après i sobre la masculinitat, com a forma de prevenció de violències masclistes. Aquestes sessions anaven adreçades a les persones de la classe, socialitzades en masculí o que s'identificaven com a nois (una elecció la majoria de vegades poc conscient o inexistent), i eren per tant

espais no mixtos[57]. La resta de la classe (les noies de la classe) paral·lelament feien una altra activitat diferent. L'activitat per a nois, després de les presentacions i l'establiment d'una forma de funcionament el més còmoda possible per a tot el grup, començava amb un paper per persona, on cadascú havia de dibuixar una mà o fer un requadre i posar "cinc coses que em defineixin com a noi/com a home". Tenien temps per pensar i escriure, i tot seguit ho compartíem amb la resta del grup. Com deia, aquest exercici es divideix en dos moments, el segon dels quals es va produir durant les entrevistes, la segona part de l'entrevista realitzada amb alguns dels informants començava amb la mateix pregunta, "Quines coses o quines cinc coses et defineixen com a home?". Aquesta pregunta simplement s'incorporava a l'estructura de l'entrevista per tal d'obtenir una informació molt valuosa sobre construcció cultural de la masculinitat. Això no es feia amb l'objectiu de comparar els dos col·lectius (adolescents i alumnat de secundària, i joves *psiquiatritzats*), més aviat s'ha fet amb la idea d'obtenir una idea àmplia o prou dades per analitzar què és allò important i definidor de la masculinitat en el nostre context.

Tornant als instituts, després d'haver fet aquest exercici moltes vegades i a causa de la investigació que estava realitzant, se'm va acudir fer-ne un petit recull i analitzar-ne les respostes. Em va semblar que podria ser interessant, i relativament senzill, veure quins eren aquells elements de la masculinitat que més es repetien i que per tant tenien més pes a l'hora que un noi de 12-18 anys es definís amb una identitat de gènere masculina. Sense voluntat d'extreure'n uns resultats extrapolables a tot el conjunt, vaig considerar que l'exercici em podria aportat informació rellevant i era una manera d'accedir a un nombre d'informants adolescents més gran del que podia accedir amb el treball de camp realitzat fins al moment. Vaig valorar que en aquest cas el context era diferent i no es tractava d'un dispositiu de la xarxa de salut mental, però justament em semblava interessant analitzar el model de masculinitat hegemònic com a quelcom transversal i que travessa tots els espais amb nois joves on he treballat (sense negar les diferències quant a l'impacte que aquest té

[57]Existeix un debat no resolt a l'hora de valorar els pros i contres de realitzar aquest tipus d'activitats. La part negativa és que es reforça el binarisme i poden ser espais incòmodes per a persones que no es senten segures amb altres persones amb les quals només compateixen la identitat de gènere. La part positiva són les potencialitats a nivell educatiu de poder generar espais que parteixin, en primer lloc, d'una certa socialització compartida, en termes de gènere com a mínim, i, en segon lloc, que permetin pensar grupalment sobre les relacions *homosocials* com a centre productor de la MH. Aquests dos elements converteixen aquestes activitats en possibles espais per a la transformació.

en funció del context i el perfil).

Per recollir les dades, informava els nois abans de començar el joc que estava realitzant aquesta investigació, demanava el seu consentiment de forma oral i demanava que no posessin el seu nom, així mantenien l'anonimat -tant de cara al joc com de cara a la investigació-. Vaig recollir l'exercici i les respostes en un total de 13 classes d'instituts públics entre 2015 i 2019, a un total de 154 alumnes, distribuïts de la següent manera:

| | Data | Públic/ concertat | Població | Edat/Curs | Classe | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 23/1/15 | Públic | Granollers | 3r ESO | B | 10 |
| 2 | 26/1/15 | Públic | Barcelona | 4t ESO | A | 7 |
| 3 | 26/1/15 | Públic | Barcelona | 4t ESO | B-C | 8 |
| 4 | 26/3/16 | Públic | Barcelona | 4t ESO | A | 10 |
| 5 | 14/3/16 | Públic | Barcelona | 4t ESO | B | 10 |
| 6 | 8/11/16 | Públic | Vilassar de Mar | 2n ESO | C | 16 |
| 7 | 9/11/16 | Públic | Vilassar de Mar | 2n ESO | D | 13 |
| 8 | 29/11/17 | Públic | Barberà del Vallès | 1r Batx | Humanístic | 10 |
| 9 | 10/1/18 | Públic | Barberà del Vallès | 1r Batx | Científic-Artístic | 10 |
| 10 | 11/12/17 | Públic | Alella | 4t ESO | A | 16 |
| 11 | 11/12/17 | Públic | Alella | 4t ESO | B | 15 |
| 12 | 18/2/19 | Públic | Parets del vallès | 2n ESO | A | 14 |
| 13 | 18/2/19 | Públic | Parets del vallès | 2n ESO | B | 15 |
| **TOTALS** | **2015-2019** | | **6 Municipis** | **2n ESO-1r Batx** | | **154** |

*Taula 2. Mostra d'adolescents. Elaboració pròpia.*

En total vaig obtenir 683 respostes de les 154 persones que van participar, que he classificat en 6 categories:

| | |
|---|---|
| 1- NATURALITZACIÓ i DIMENSIÓ BIOLÒGICA | **349** |
| 2- COMPORTAMENT / ACTITUD / OCI / GUSTOS / AFICIONS | **215** |
| 3- APARENÇA | **87** |
| 4- HETEROSEXISME /SEXUALITAT | **19** |
| 5- IDENTITAT /IDENTIFICACIÓ | **10** |
| 6- ALTRES | **3** |
| TOTAL | **683** |

*Taula 3. Tipus/grups de respostes per tema i nombre de repeticions per a cada un*[58]*. Elaboració pròpia.*

Els resultats, la seva anàlisi i la discussió la podem trobar en el capítol 5.

### 3.1.3.4. Entrevistes i focus grup

*Nois joves psiquiatritzats entrevistats:*

De les 33 persones que apareixen mencionades durant l'anàlisi de resultats (moltes més apareixen durant el diari de camp però no apareixen mencionades en aquest treball), 9 van ser seleccionades per ser **entrevistades** (15 entrevistes en total). Els criteris per fer la selecció van ser que fossin persones socialitzades com a homes i s'identifiquessin com a homes (identitat de gènere), que tinguessin o haguessin tingut algun tipus d'experiència de patiment mental i de *psiquiatrització* (medicació, ingressos, diagnòstic de trastorn mental, etc.), que tinguessin vincle previ amb l'investigador, que fossin menors de 35 (joves) i que tinguessin ganes de fer l'entrevista. En funció de la disponibilitat, vincle i extensió de les intervencions es van fer entre 1 i 3 entrevistes amb cada un. La selecció no es va fer en base a criteris de diversitat de la mostra, sinó que més aviat es buscava un perfil semblant per establir certs patrons o semblances quant als seus itineraris. Tots els informants són de classe mitjana-baixa, la majoria d'origen català/espanyol, excepte quatre d'ells que són d'origen llatinoamericà, tot i que fa molts anys que viuen a Barcelona, la majoria heterosexuals (tot

[58] Consulteu annex 1 per veure totes les respostes.

i que es desconeix el desig sexual/preferència sexual d'alguns d'ells i no es pregunta durant l'entrevista) joves i amb diagnòstic o experiències de psiquiatrització:

| Nom (fictici) | Edat (en el moment de l'entrevista) | Origen | 1a entrevista | 2a entrevista | 3a entrevista |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ivan** | 24 anys | Espanya | 29/11/2016 | | |
| **Elías** | 24 anys | Espanya | 06/10/2016 | 18/10/2017 | |
| **Òscar** | 25 anys | Espanya | 09/02/2017 | 16/01/2018 | |
| **Toni** | 27-28 anys | Espanya | 15/12/2017 | 07/03/2018 | 17/07/2019 |
| **Octavi** | 26 anys | Argentina | 18/01/2017 | 09/11/2018 | |
| **Néstor** | 25 anys | Argentina | 19/12/2017 | | |
| **Tomás** | 33 anys | Espanya | 15/12/2017 | | |
| **Nicolás** | 26 anys | Equador | 08/03/2017 | 27/04/2018 | |
| **Iñigo** | 26 anys | Equador | 09/07/2018 | | |

*Taula 4. Entrevistes joves. Elaboració pròpia.*

En tots els casos, són nois vinculats al club social on es va realitzar la major part del treball de camp, als quals se'ls va explicar el projecte d'investigació i que van acceptar de participar-hi. Sempre es va buscar un espai tranquil fora dels espais habituals del club on fer les entrevistes, en la majoria d'ocasions bars amb poca gent i seleccionant la taula amb la major intimitat possible. En tots els casos, els informants van signar un document de consentiment informat i se'n van quedar una còpia. A partir del document de consentiment informat es va demanar permís per gravar l'entrevista i es va adquirir el compromís de vincular un nom fictici a les entrevistes i les seves narratives. També es va donar l'opció de modificar o treure tot allò que la persona volgués en qualsevol moment del procés (una persona va demanar mesos més tard que no sortís algun fragment de l'entrevista i es va eliminar de la versió transcrita final), el permanent contacte entre els entrevistats i l'investigador va facilitar la revisió del pacte de consentiment periòdica, molt important en termes ètics. Amb aquest objectiu, es van enviar les transcripcions de les entrevistes a tots els participants abans de començar amb l'anàlisi i la codificació. Seguint la proposta de Pujadas (1992, p. 68-69) es van tenir en compte les següents pautes a l'hora de realitzar les entrevistes:

- "Crear las condiciones más favorables para garantizar la comodidad de las personas narradoras.
- Establecer una buena relación de confianza y amistosa cordialidad.
- Estimular positivamente las ganas de hablar de quien colabora, destacando la importancia científica de su contribución.
- Evitar dirigir excesivamente la entrevista. Quien investiga no debe hablar más que cuando sea indispensable, para "cerrar huecos", solicitar aclaraciones o ampliaciones de aspectos ya señalados que hayan podido quedar oscuros, etc."

Un cop realitzada l'entrevista s'elaborava, cada vegada, una descripció exhaustiva del context: la localització, algunes informacions rellevants de l'entrevista i sobretot dels previs i el post entrevista, un cop la gravadora havia estat apagada. S'enregistrava íntegrament, tot i que algunes d'aquestes informacions no s'han fet servir, respectant la voluntat expressada per alguns dels informants.

En el cas del **grup focal** de discussió amb joves, centrat principalment en la noció d'estigma, es va fer servir el mateix procediment, però aquesta vegada una de les persones va demanar de manera explícita que no s'enregistrés. Això va fer que la transcripció es fes a partir de notes escrites durant la discussió, complementades amb allò que es recordava després de la conversa. De les tres persones que van formar part del grup, dues són nois entrevistats de manera individual posteriorment:

| Nom (fictici) | Edat | Origen | Data |
|---|---|---|---|
| **Toni** | 24 anys | Espanya | 22-05-2015 |
| **Octavi** | 25 anys | Argentina | |
| **Ciro** | 26 anys | Espanya | |

*Taula 5. Grup focal joves (Estigma). Elaboració pròpia.*

*Professionals salut mental infantojuvenil entrevistats/ades:*

Durant la darrera fase del treball de camp, i buscant una mirada més àmplia o menys centrada en l'experiència individual unipersonal, es va decidir fer **entrevistes a professionals** que

treballessin en dispositius públics (algunes persones combinen aquesta feina amb atenció privada) de la xarxa de salut mental de la ciutat de Barcelona dedicats a l'atenció a joves i adolescents. En aquest cas es van seleccionar 12 professionals (un total d'11 entrevistes o sessions) que complissin amb els següents criteris: professionals de la xarxa salut mental infantil i juvenil pública, voluntat de participar, facilitat d'accés (contacte) i obertura al diàleg transdisciplinar i/o a aproximacions socioculturals sobre la salut mental[59]. L'únic criteri que es va tenir en compte a l'hora de diversificar o seleccionar els informants va ser el gènere, aplicant criteris més o menys paritaris (7 homes i 5 dones) en la selecció. Com podem veure en el quadre següent *(Taula 5)*, algunes entrevistes es van fer conjuntes (dues persones) i altres van ser individuals. En la majoria del casos es va fer tota l'entrevista en una sola sessió, però en alguns casos i per qüestió de temps es va haver de dividir en dues sessions:

| Nom (fictici) | Professió-Formació | Conjunta o individual | Data 1a entrevista | 2a entrevista |
|---|---|---|---|---|
| **Marc** | Psicòleg clínic i doctor en psicologia | Individual | 3-04-2017 | |
| **Carla** | Psiquiatra i psicoterapeuta | Individual | 5-04-2017 | 23-10-2017 |
| **Jaume** | Psiquiatre i psicoterapeuta | Conjunta | 06-11-2017 | |
| **Marta** | Psiquiatra i psicoanalista | | | |
| **Dani** | Psiquiatre | Individual | 28-11-2017 | |
| **Alica** | Psicòloga clínica i psicoanalista | Conjunta | 22-11-2017 | |
| **Fernando** | Psiquiatre i psicoanalista | | | |
| **Montse** | Psicòloga i psicoanalista | Individual | 17-01-2018 | 1-02-2018 |
| **Dani** | Psicòleg general sanitari | Conjunta | 1-03-2018 | |
| **Marisa** | Psiquiatra | | | |

[59] Aquest darrer criteri sóc conscient que és problemàtic, però és important remarcar que la majoria de persones tenien un posicionament polític proper a la salut mental comunitària i la majoria provinent de formació psicoanalítica, és a dir, una de les disciplines sí que parteix, com a mínim a nivell teòric, de posar al centre la subjectivitat de la persona que atén. És important matisar això perquè de nou no es tracta d'una mostra que pretengui ser representativa de l'atenció en salut mental infantojuvenil.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Carlos** | Psicòleg i psicoterapeuta | Individual | 02-03-2018 | |
| **Antoni** | Psiquiatre i psicoanalista | Individual | 26/04/2018 | |

*Taula 6. Entrevistes a professionals. Elaboració pròpia.*

Les entrevistes es van realitzar en els llocs de treball de les persones entrevistades (CSMA, CSMIJ, Consulta), casa dels/les informants o alguna en un bar. Abans de començar, en tots els casos es va explicar el projecte (per escrit de manera més extensa i oralment de manera més sintètica), es va llegir i signar el full de consentiment informat i se'n van quedar una còpia. S'han fet servir noms ficticis i s'han modificat les informacions que poguessin ser utilitzades per reconèixer els centres o zones on els professionals treballen.

Durant el treball de camp va sorgir l'oportunitat de realitzar un **grup focal** amb les professionals/educadores del club social sobre sexoafectivitat i gènere, un espai que es va crear després d'una formació que havien rebut les professionals. Aquesta vegada es va demanar el consentiment de manera verbal per gravar la conversa i tot seguit es va transcriure per a l'anàlisi dels continguts. També en aquest cas hem fet servir noms ficticis per tractar-se del mateix club social on es va fer el treball de camp, i per evitar així donar informació que permeti identificar-lo i respectar la voluntat de la resta d'informants:

| Nom fictici | Professió/Formació | Data |
|---|---|---|
| **Sandra** | Educadora Social | 05/05/2016 |
| **Ariadna** | Educador Social | |
| **Helena** | Psicòloga | |
| **Raquel** | Psicòloga | |

*Taula 7. Grup focal professionals del club social i del programa Respir[60]. Elaboració pròpia.*

Tant les entrevistes (individuals i grupals de màxim dues persones) com els grups focals es van basar en una forma semiestructurada i a partir d'un guió previ. Es van dissenyar tres tipus de guió (entrevista nois joves, entrevista professionals, i un guió específic per

[60]Programa que es basa en sortides de cap de setmana o vacances per persones amb trastorn psiquiàtric (joves o adultes) d'una banda, i per a les famílies d'aquestes persones de l'altra.

cada grup focal[61]) en base als objectius de la investigació, basats en qüestions obertes sobre l'àmbit d'estudi i amb la intenció de situar els temes de la investigació, però també que permetessin a les persones entrevistades posar el focus allà on creien, segons la seva experiència, que calia situar-lo. Algunes de les preguntes o temes del guió es van replantejar (preguntes que es van afegir per concretar, preguntes que no es van fer perquè ja s'havien comentat, preguntes que es van reformular o exemplificar si no s'entenien del tot, etc.) durant el mateix curs de les entrevistes i grups de discussió en base al diàleg que s'estava produint i sempre tenint en compte el marc de la investigació.

### 3.1.3.5. Relats de vida

Segons Ruíz-Olabuénaga (2012) i Sales (2017), la construcció de relats biogràfics no és altra cosa que una recreació o una *descripció densa* d'experiències humanes complexes, la qual permet accedir als aspectes més recòndits de les realitats socioculturals que estudiem. Apareixen angles morts inabastables des d'altres tècniques etnogràfiques o d'investigació, com les enquestes i les qüestionaris, i que aporten dades de molta qualitat i profunditat, però a vegades difícils de sistematitzar.

Les històries de vida (*life history* en anglès*, histoire de vie*, en francès) busquen la reconstrucció de les vides de determinats subjectes, informació que sol ser contrastada amb altres fonts vives, com familiars, persones properes o fonts documentals i gràfiques, etc. Aquestes buscarien acostar-nos, per tant, a una realitat més fidedigna i objectiva de la vida de la persona (Siles, 2006). En canvi, els relats de vida (*life story* en anglès i *récit de vie* en Francès) fan referència a la historia d'una vida, tal i com la persona l'explica. Són producte d'una o vàries converses i només es refereixen a aspectes particulars de la vida, de fragments o temes que hi són rellevants. (Muñoz-Sánchez, 2015). Aquesta tècnica ens serveix, en primer lloc, per posar al centre la veu i l'experiència de les persones *psiquiatrizades*, en el nostre cas, joves socialitzats com a homes, la qual cosa en si mateixa i davant de la seva negació històrica -coneixements en primera persona que fins i tot han estat exclosos dels mateixos processos d'investigació en l'àmbit de la salut mental (Geekie i Read, 2012)- és un objectiu de la present etnografia. En segon lloc, tal i com hem explicat, els dos relats de vida que es presenten en el capítol 6 són una conseqüència no buscada inicialment de les entrevistes

[61]Vegeu annex 2.

realitzades durant el treball de camp. Durant el procés es va decidir transformar les respostes a les preguntes realitzades durant les entrevistes semiestructurades en relats de vida, com a conseqüència de la capacitat explicativa i de síntesi que aquests tenien respecte a alguns dels conceptes centrals de la investigació. Especialment això va ser així en dos casos.

Les dades qualitatives, i especialment aquelles basades en el *mètode biogràfic* (Pujadas, 2012), es mouen en una tensió constant entre el *particularisme (o relativisme)* i l'*universalisme*, entre dos extrems, al nostre entendre, problemàtics: explicar la part com quelcom desconnectat del tot, d'una banda, o comprendre el tot a partir d'una selecció sempre insuficient i parcial de parts, de l'altra. Això constitueix una relació que també es pot entendre en termes de subjecte-estructura. L'antropologia ha demostrat la multiplicitat de grisos existents entre aquests dos pols. En aquest sentit, hem escollit dos *relats de vida* a partir dels quals no pretenem explicar-ne el conjunt (masculinitats, joventuts i patiment psíquic). Tanmateix, tampoc volem renunciar a l'exercici de llegir aquests dos testimonis en termes de la seva capacitat de *condensació* de molts dels aspectes que després es desenvoluparan durant la resta de capítols etnogràfics i analítics. Per tant, de la mateixa manera que es va considerar seleccionar aquests dos relats -i no uns altres- a partir de les possibilitats explicatives que presentaven, respecte al fenomen estudiat i d'acord a una decisió presa conforme avançava el treball de camp, ens agradaria que fossin llegides més enllà de dues històries particulars. Més aviat les proposem com a sumari de molts dels elements fonamentals de l'etnografia, travessada per la masculinitat, la joventut -pròxima a l'adolescència- i *l'experiència* de patiment mental *viscuda.* A partir dels dos relats apareixeran també elements claus del que hem anomenat *itineraris tipus* de les joventuts *psiquiatrizades,* tals com la família, la classe social, l'escola-institut, la medicació, la relació amb els i les "iguals"[62], l'aïllament, la xarxa, les relacions amoroses i afectivosexuals, la relació amb els dispositius/professionals de la xarxa de salut mental, etc.

Tot i que la presentació dels relats és sempre subjectiva i requereix d'una certa intervenció per part de qui els estructura, hem intentat mostrar en aquest capítol uns relats de vida poc intervinguts, llur narrativa es basa en les paraules textuals extretes del llenguatge oral emprat pels dos informats. Només s'han ordenat els diferents fragments per donar

62 Vegeu marc teòric per entendre la problematització que es planteja del terme iguals (o *peers*).

certa coherència cronològica i per àmbits al relat. S'ha afegit també alguna paraula, entre parèntesis, o se n'ha tret, per fer intel·ligible i més agradable a la lectura. Per últim, s'ha buscat una puntuació que combinés una lectura amena tot respectant el ritme d'una narració oral. Finalment la persona lectora hi trobarà entre cometes els diàlegs o reproduccions de frases dites per *altri*, i en cursiva paraules provinents del llenguatge més col·loquial, pròpies del relat oral. Malgrat ser conscient del perill que algunes idees siguin repetitives, hem prioritzat el fet de mantenir la transcripció literal per les possibilitats que aporta, repeticions que emfatitzen determinades idees, matisos i tipus de llenguatge o expressions que es fan servir per articular el relat, etc. No hem d'oblidar que l'elecció d'aquests dos relats de vida té a veure també amb l'eloqüència i capacitat expressiva i emocional dels dos informants, però sobretot amb la centralitat que va adquirir durant les entrevistes el seu relat biogràfic per arribar a parlar, finalment, de l'actualitat i alguns dels temes plantejats a partir de les preguntes.

Els relats de vida es van elaborar a partir de 5 entrevistes amb dos dels informants, distribuïdes, com hem vist a la *Taula 1*, de la següent manera:

| Nom fictici | Edat | Origen | 1a entrevista | 2a entrevista | 3a entrevista |
|---|---|---|---|---|---|
| **Elías** | 24 anys | Espanya | 06/10/2016 | 18/10/2017 | |
| **Toni** | 27-28 anys | Espanya | 15/12/2017 | 07/03/2018 | 17/07/2019 |

*Taula 8. Informants relats de vida. Elaboració pròpia.*

Les quatre primeres sessions es van transcriure íntegrament, es van polir (eliminació de reiteracions, correccions per fer comprensible text, etc.) i es van ordenar, seguint criteris cronològics i d'intel·ligibilitat. En el cas del relat del vida del *Toni*, un cop transcrites les entrevistes i ordenades es va detectar la necessitat de fer una tercera sessió per tal de completar alguns fragments o etapes vitals que quedaven poc explicades. Aquesta tercera sessió, que no va ser necessària amb l'*Elías*, es va plantejar a partir de preguntes més concretes i que buscaven recopilar part de la informació que mancava. Després es va transcriure i reordenar tota la informació.

En aquest cas, tal i com dèiem quan hem fet referència a les entrevistes, no s'han seguit criteris de *diferencialitat i varietat* (Bertaux, 2005), més aviat l'objectiu era buscar alguns

exemples representatius de certs patrons en el camp estudiat. Per aquest motiu ens va interessar un perfil de persones amb elements en comú (edat, gènere, experiències comunes o semblants etc.) per veure les semblances (elements en comú) i particularitats de cada relat.

## 3.2 | Anàlisi qualitativa de les dades

Tot i que en la majoria d'investigacions de tipus qualitatiu la fase de recopilació de dades i la d'anàlisi es solapen o presenten una cronologia no lineal, sí que és important diferenciar aquestes dues fases o operacions en cada una de les tècniques d'investigació qualitatives emprades (observació participant, entrevistes, grups focals i enquestes/qüestionaris). Deixant fora aquelles dades que no s'han obtingut de l'etnografia (informe FRESC i qüestionaris sobre les característiques que defineixen la masculinitat adolescent), durant els anys que ha durat el treball de camp, la principal tasca ha estat acumular el màxim de dades possible sobre les dues unitats d'anàlisi estudiades: club social i hospital de dia. Com hem apuntat, aquesta recopilació ha estat més o menys discontínua en funció del moment i ha estat especialment travessada per les dificultats i les potencialitats que plantejava el meu doble rol: investigador i educador. Abordarem la qüestió amb més profunditat en el darrer punt d'aquest tema.

Aquesta recopilació de la informació s'ha fet principalment de dues maneres. Una primera (*observació participant*) amb més interferència (o selecció subjectiva) de l'etnògraf, ja que era jo mateix qui a posteriori registrava el que havia observat i viscut durant la sessió/activitat, però sobretot allò que recordava i em cridava l'atenció. Una segona, molt menys intervinguda o menys intermediada perquè es recollia a partir del registre i la gravació de veu (just després d'acabar la entrevista o grup focal) per després ser transcrita (entrevistes i grups focals). En qualsevol cas, sabem que seria ingenu pensar que es pot recollir alguna dada de forma naturalista o sense la participació, per més mínima que sigui, de l'investigador o la investigadora (Guber, 2001; Denzin i Lincon, 2005). Davant d'això només ens queda reconèixer i fer visibles les formes o les condicions socials de possibilitat en les quals es dona aquesta experiència subjectiva del coneixement, el que Bourdieu (2003) anomena

la *objectivació participant*[63]. En qualsevol cas, és important destacar que totes les dades, excepte les de l'informe FRESC, s'han obtingut de manera directa i per la mateixa persona que després ha realitzat l'anàlisi amb les limitacions i potencialitats que això comporta.

Amb totes les dades obtingudes durant el treball de camp, excepte, com dèiem, amb les dades de l'informe FRESC i l'exercici de "Cinc coses que et defineixen com a noi/ home", es va seguir el mateix procediment (3 fases) a l'hora de realitzar l'anàlisi: transcripció, segmentació i codificació i recuperació de la informació (per a la realització de la presentació de resultats, l'anàlisi i la discussió). Tot seguit les descriurem.

### 3.2.1 Transcripció

Abans de de començar amb una anàlisi més sistemàtica de les dades es va transcriure tot allò que s'havia enregistrat a partir de gravació de veu (entrevistes i grups focals). Aquesta transcripció és va fer de manera literal, transcrivint totes les paraules, repeticions, silencis o frases entretallades. Es buscava d'aquesta manera que la transcripció no suposés cap modificació del contingut ni cap intermediació abans de fer la codificació i l'anàlisi. Més tard, i com hem esmentat, a l'hora de fer servir els diferents fragments de narrativa va ser quan es va modificar el text per facilitar-ne la lectura i intel·ligibilitat.

D'altra banda, es va ordenar per dates i de manera cronològica tot allò que s'havia escrit en el diari de camp durant els anys que va durar el treball de camp. En el cas les notes preses a mà, es van transcriure a ordinador per poder incloure-les en el programes a per a la codificació (*Atlas.ti*). Això es va fer amb totes les notes, excepte aquelles del diari de camp més antic, previ al 2016, i realitzat a partir de les sessions al Club Social i l'Hospital de dia. En aquest cas només es van transcriure aquelles vinyetes més interessants, a criteri propi i tenint en compte el marc de la investigació, per a la posterior anàlisi i la discussió. Això ha estat així perquè aquesta fase del treball de camp es va realitzar de manera prèvia a l'elaboració del projecte d'investigació, i per tant recollia moltes dades que no eren útils per a l'anàlisi. Alguns dels fragments, escrits a mà, havien estaven tractats prèviament de manera superficial perquè havien estat analitzats temps enrere: fragments subratllats i algunes anotacions, les quals més tard és van traslladar a l'arxiu de l'*Atlas.ti.*

[63]Traducció pròpia.

En total es van bolcar 29 documents a l'arxiu de l'Atlas.ti, versió 8.4.4 (1135), d'entre 5 i 49 pàgines cada un. Cada document corresponia a una entrevista, un grup focal o un període de fins a un any de treball de camp (dues o tres sessions/dies per setmana durant el calendari escolar).

Tot el treball de camp està fet en català, menys aquelles entrevistes en què la persona entrevistada va escollir el castellà per narrar i expressar-se. En tots els casos i de manera deliberada, s'ha mantingut l'idioma original de la persona entrevistada i s'ha evitat fer traduccions. Només s'ha produït alguna traducció quan s'explica una conversa que s'ha produït en castellà i es bolca després al diari de camp, el qual ha estat escrit en català. Això s'ha produït quan no s'estava fent una transcripció literal de la conversa, sinó aquelles idees que es recordaven i que per tant es reflectien de manera no literal.

## 3.3 | Segmentació i codificació

A partir d'una primera lectura dels textos, el coneixement adquirit durant el treball de camp, els objectius de la investigació i l'elaboració del marc teòric es van generar diversos blocs temàtics. Dins d'aquests blocs temàtics es va fer una primera proposta de codis en forma de marc de codificació simple basat en allò que interessa a la persona investigadora (Coffey i Atkinson, 2003). Un llistat, per tant, previ al primer exercici de codificació. Alguns dels codis eren conceptes teòrics i altres eren més aviat idees descriptives que ens permetien ordenar i segmentar la informació. Agafem un exemple de cada per il·lustrar el sistema de codificació.

Un dels blocs era el d'**estigma**, dins del qual hi vam posar conceptes extrets del marc teòric:

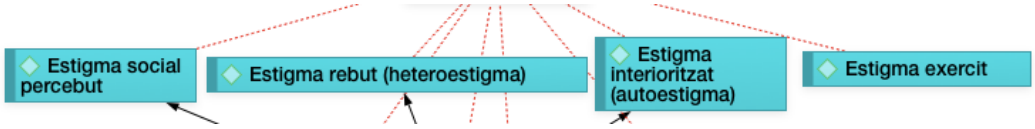



*Figura 1. Codis previs a la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

D'altres tenien com a única funció ordenar la informació:

*Figura 2. Codis descriptius previs a la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Amb aquesta primera proposta, en base a d'àmbits de codificació (o grups de codis segons l'*Atlas.ti*) es va procedir a fer el primera classificació. Els grups de codis eren els següents:

| |
|---|
| Adolescències i joventut |
| Desinstitucionalització / Institucionalització psiquiàtrica i xarxa de dispositius |
| Itinerari de malestar/aflicció |
| Masculinitats (in)habitables i patiment mental |
| Gènere |
| Estigma |
| Altres i elements transversals |

*Figura 3. Grups de de codis en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia*.

Amb la idea que l'enfocament analític no té com a objectiu simplificar les dades sinó més aviat obrir-les per interrogar-les, identificar-les i especular sobre les seves característiques (Coffey i Atkinson, 2003) vam fer la primera assignació de codis als diferents fragments de text i de dades disponibles a través de les possibilitats de codificació que planteja el programa *Atlas.ti*:

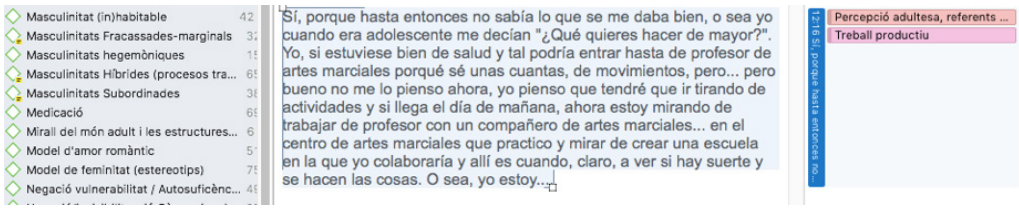



*Figura 4. Procés de codificació en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Durant aquest procés es va fer evident la necessitat d'introduir progressivament nous codis, ja que la primera proposta no permetia analitzar totes les dades disponibles. La majoria dels codis inicials, i segons la classificació que proposa Saldaña (2009), eren de tipus *descriptiu*, és a dir, un codi que resumeix en una paraula o una breu frase el tema o la idea principal del fragment:

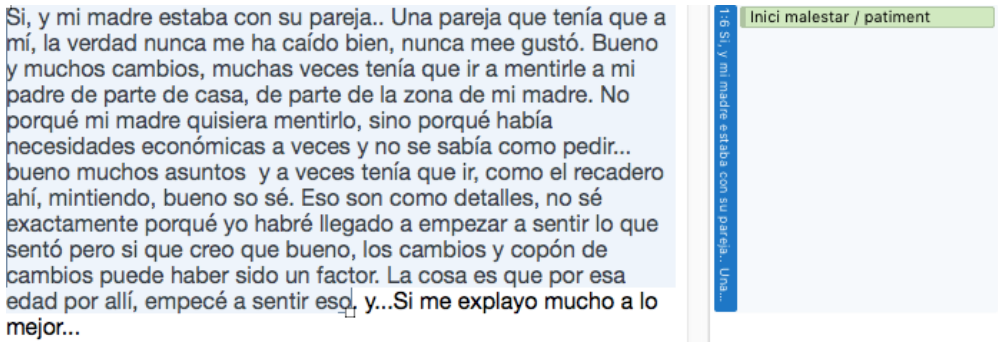



*Figura 5.* Procés de codificació: codis descriptius en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.

Conforme la codificació de les dades qualitatives avançava va ser necessari i interessant incloure altres codis que permetien captar idees importants, per noves o per la seva capacitat de dialogar (o interrogar) a d'altres idees i conceptes que havien anat apareixent anteriorment. En aquest cas, Saldaño (2009) parla de dues maneres més de codificar que també vam fer servir. D'una banda, la *codificació simultània*, que és bàsicament l'aplicació de més d'un codi a una mateixa dada o fragment de narrativa/descripció:

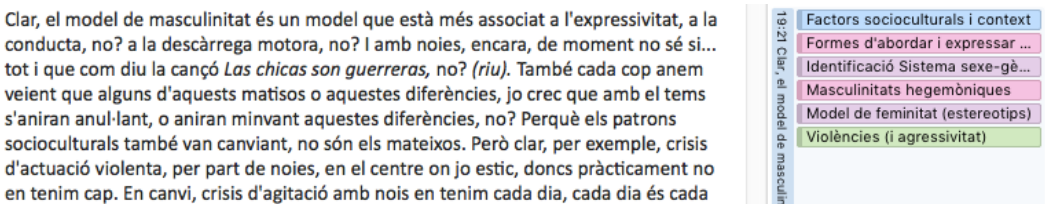



*Figura 6.Procés de codificació: codificació simultània en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Aquesta codificació simultània ens va permetre més tard establir connexions i relacions entre diferents codis, grups de codis i entre codis i grups de codis. La simultaneïtat en l'anàlisi és fonamental si volem captar la multiplicitat de significats que pot tenir una acció descrita o el fragment d'una narrativa. En el nostre cas, això ha estat imprescindible per analitzar amb perspectiva de gènere narratives sobre els processos de *psiquiatrització*, les diferents històries de vida (infància, però sobretot adolescència i joventut) i les activitats grupals etnografiades. Calia intentar establir vincles en la manera de narrar i significar les diferents *experiències viscudes/narrades* -també les diferents *experiències observades*- amb la masculinitat i per això ha estat tan rellevant aquesta codificació simultània.

Finalment i en menor mesura hem emprat la *codificació en viu* (també anomenada *codificació literal* o *codificació emic).* Aquest tipus de codis es generen a partir de les mateixes paraules emprades pels participants (Strauss, 1987) i s'ha utilitzat molt en antropologia per descriure subcultures i el llenguatge propi a partir del qual s'expressen aquestes i els seus membres. Posem-ne algun exemple concret, del nostre esquema de codificació, per il·lustrar aquest tercer tipus de codi:

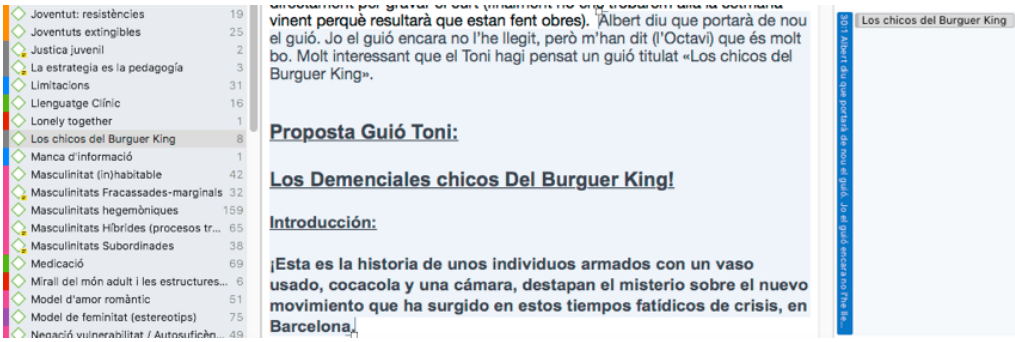



*Figura 7. Procés de codificació: codificació en viu en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Durant el procés de codificació vam fer servir l'espai per afegir *comentaris* que permet l'Atlas.ti en dos sentits. En primer lloc, per descriure els codis que requerien una definició operativa, és a dir, que remetien més a conceptes que a una voluntat descriptiva:

*Figura 8. Procés de codificació: comentaris per definir els codis en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

I en segon lloc, per anotar idees que ens semblaven interessants, remarcables o per complementar el valor explicatiu del codi. Pensant sobretot en l'anàlisi i discussió posterior, es van fer servir els *comentaris* que es poden afegir en cada un dels codis, però un cop feta la codificació (assignació del codi a un fragment, frase o paraula):

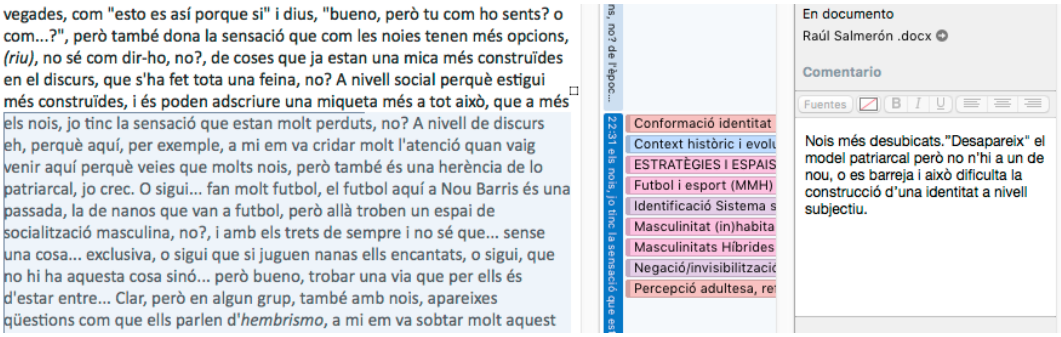



*Figura 9. Procés de codificació: comentaris per complementar la codificació en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Un cop codificades totes les dades, i tenint en compte que durant el procés es van anar afegint i creant codis, es va realitzar una segona lectura i codificació de tots els documents en base a l'esquema de codis definitiu, creat durant la primera fase de la codificació. D'aquesta manera es podien vincular codis que s'havien creat llegint altres entrevistes o fragments del diari de camp, etc. per a la resta de dades i textos. Aquest pas era imprescindible per després realitzar vincles entre els diferents codis i per tal de generar treballar amb un esquema de codificació comú.

Per últim, es va treballar a partir de l'eina "Xarxes" de l'Atlas.ti, la qual serveix per representar informació complexa de forma intuïtiva a través de representacions gràfiques de diversos components -cites, codis, comentaris, categories, etc.- i els seus elements comuns (Hernández i Opazo, 2010). Aquest pas ens va servir per visualitzar tots els grups de codis i establir vincles i relacions entre els diferents codis. Aquesta eina va ser molt útil per elaborar mapes conceptuals, visualitzar el conjunt de les dades de manera esquemàtica i establir les relacions que són la base de la discussió que presentarem en l'anàlisi de les dades:

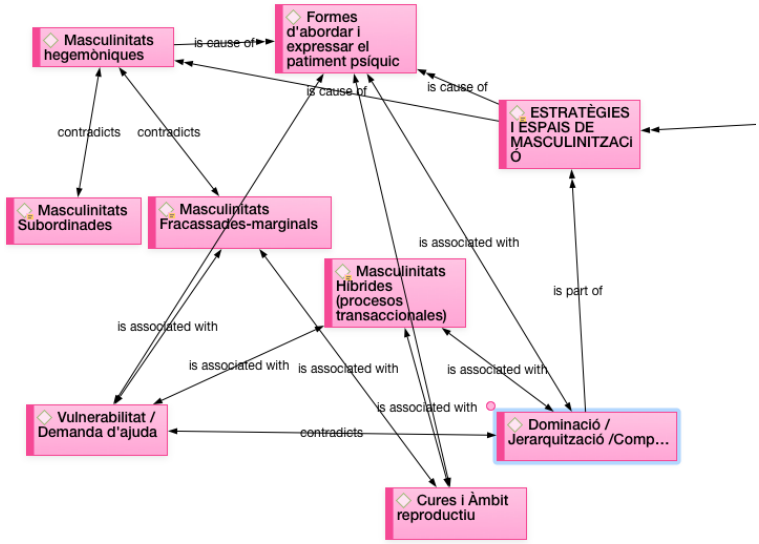



*Figura 10. Procés de codificació xarxes i relacions entre codis en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Val a dir que l'amplitud de temes que s'han abordat durant el treball de camp (derivat d'una planificació poc concreta) i les múltiples relacions entre codis i famílies de codis han estat una limitació a l'hora de realitzar l'anàlisi. És per això que, com ara explicarem en el següent punt, l'anàlisi en profunditat s'ha realitzat *a posteriori*, i la major part de la codificació-segmentació ha servit, sobretot, per recuperar la informació a través dels codis i de la relació entre ells a partir de la codificació simultània (idees que vinculen diferents codis).

Tot i això, el fet d'elaborar xarxes i mapes conceptuals per grups de codis ha permès situar els conceptes i idees claus de la discussió posterior i, sobretot, les interseccions entre elles.

En definitiva i per resumir-ho, ens hem basat en l'esquema circular que proposa Casasempere (2011), i que adapta Soneira (2017) al camp de les històries de vida de les persones *psiquiatritzades*, però amb algunes variacions. L'esquema que presentem a continuació ens ha servit per segmentar i codificar la informació disponible i ordenar una anàlisi dels resultats que va molt més enllà de posar ordre a les dades i que pretén respondre a les hipòtesis i preguntes plantejades, però que parteix de l'esquema generat a través de l'Atlas. ti. L'esquema que resumeix aquest procés és el següent:

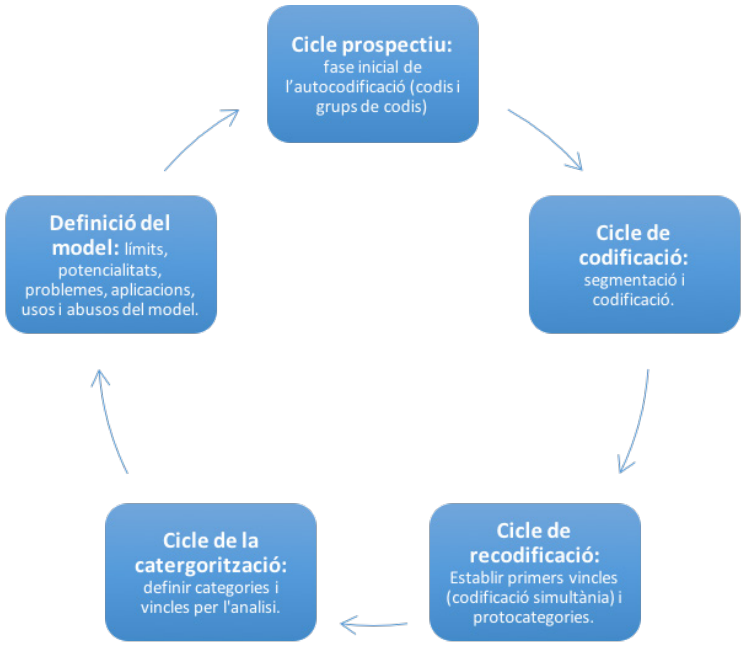



*Figura 11. Estratègia de l'anàlisi amb Atlas.ti. Elaboració pròpia.*

*Font: Casasempere (2011) i Soneira (2017).*

La fase de segmentació i codificació a través de l'*Atlas.ti* va tenir, com dèiem, un altre objectiu principal, relacionat amb les facilitats que ofereix el programa a l'hora de recuperar i analitzar tot la informació per codis, combinacions de codis i tipus de documents.

## 3.4. | Recuperació de la informació

L'*Atlas.ti* ofereix diverses *Query Tool* (eines de consulta i anàlisi ) per localitzar la informació de manera ràpida i ordenada a partir dels codis, grups de codis i documents. Per dur a terme l'anàlisi, la presentació de resultats i la discussió que presentarem a continuació (propers temes) ens hem basat en les tres opcions següents:

- **Taula de concurrències**: Permet veure ràpidament quines coincidències existeixen entre els diferents codis. És a dir, quines dades (fragments de narrativa, fragments del diari de camp, etc.) comparteixen o relacionen dos o més codis del mateix grup de codis o de grups de codis diferents.

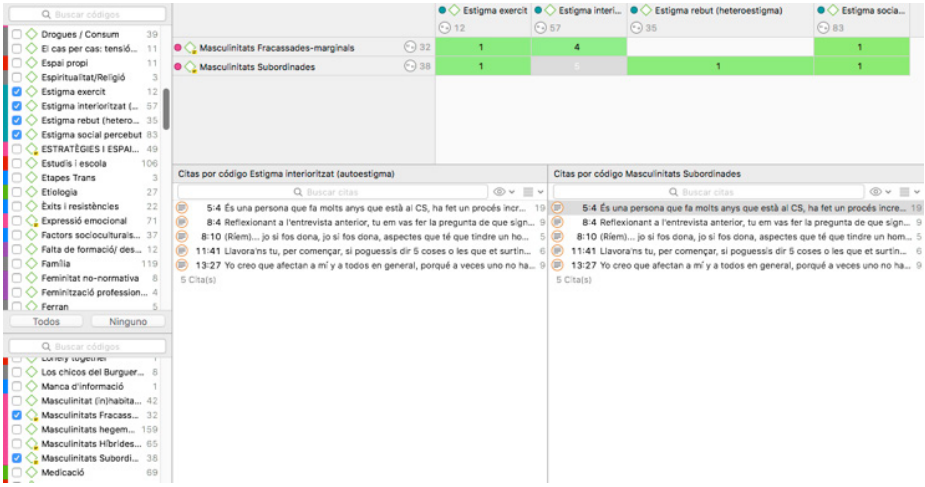



*Figura 12. Eina Taula de concurrències en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

- **Taula codi-document:** Aquesta eina permet visualitzar les cites o fragments codificats a partir dels codis i els documents on es troben. Això ens ha permès, entre d'altres coses i per posar-ne un exemple, seleccionar només què diuen els professionals o els nois joves sobre un tema en concret. una eina molt útil per a l'anàlisi posterior.

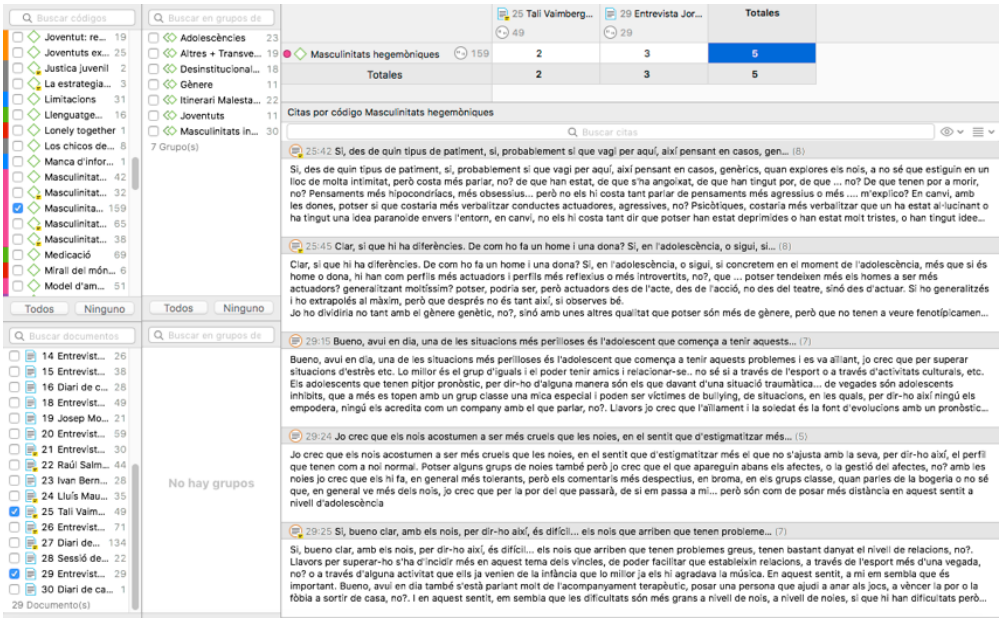



*Figura 13. Eina codi-document en captura de pantalla d'ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

- **Eines de consulta:** Aquesta eina de "recuperació simple" ha estat segurament l'eina més utilitzada per generar combinacions de codis, veure coincidències i filtrar la cerca en base a codis que en moments donats hem volgut deixar fora de la selecció, tenint en compte interessos analítics. L'eina permet també generar **informes**, en base a un codi o a una combinació de codis (+, -, ∪, ∩), que han estat molt útils per segmentar i analitzar la informació. **.**

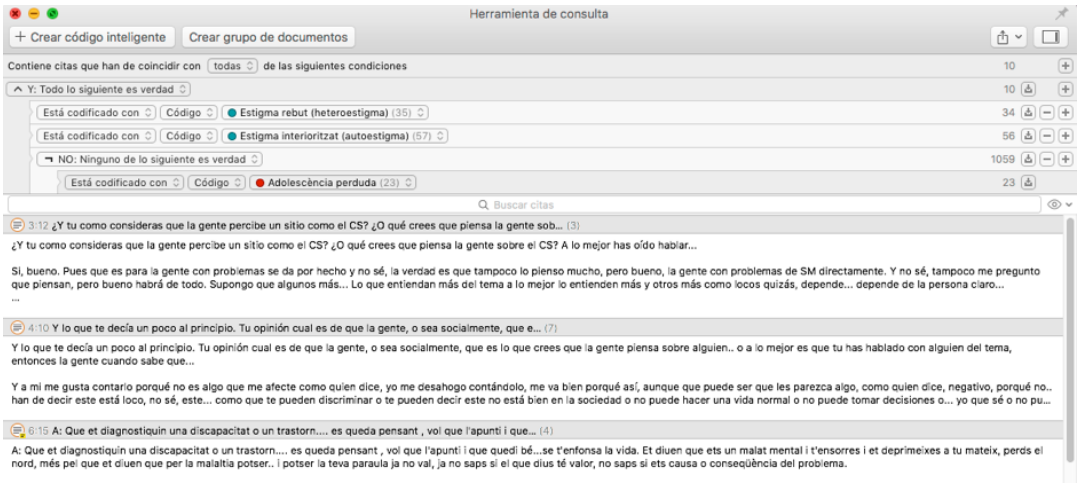



*Figura 14. Eina de consulta en captura de pantalla d' ATLAS.ti. Elaboració pròpia.*

Malgrat que aquestes eines han estat molt útils -a nivell d'organització de la informació i per a la visualització de les relacions existents entre unitats de significat, per fer una anàlisi en profunditat de les dades qualitatives, etc.-, la freqüència i la proximitat entre unitats o codis no equival al pes explicatiu que tenen les dades, ni sempre ens permeten comprendre la realitat de manera més fidedigna. Així com en les dades obtingudes a partir del qüestionari/ dinàmiques que vam realitzar amb joves adolescents socialitzats com a homes o aquelles generades a partir del informe FRESC sí que el nombre de repeticions i la freqüència han tingut més pes explicatiu (no tot, però una part important), en aquesta segona part de les dades l'anàlisi ha anat molt més enllà del que podem observar a partir d'aquests paràmetres. Com dèiem, depèn més aviat d'un exercici reflexiu posterior, en què aquestes eines presentades serveixen més per facilitar la visualització que per l'anàlisi, discussió de les dades o comprensió del fenomen i el context estudiat. Recuperant la perspectiva *interpretivista*, -representada Geertz entre d'altres- sabem que "los hechos humanos no se rigen por movimientos mecánicos ni por un orden inmanente y externo a los individuos, sino por las significaciones que éstos asignan a sus acciones" (Guber, 1991, p.24). Aquesta premissa, que va contradir les tesis positivistes en el seu moment, ens porta a interpretar un fragment d'una entrevista o una vinyeta del treball de camp no en base al nombre de vegades que apareix una paraula o es dona una situació (una informació que d'altra banda, pot ser molt transcendent en terme analítics), sinó en base a una interpretació del context on aquesta apareix, el coneixement previ que tenim de la persona(es) que formula la frase o protagonitza l'acció, etc. Aquests elements no els recull el programa de gestió de les dades qualitatives emprat.

En l'estudi de les masculinitats des d'una perspectiva feminista i antropològica (que parteix d'una voluntat explícita de desmuntar la creença de neutralitat com a base de les relacions de dominació) això ha estat fonamental per recollir també en la discussió allò no dit, els silencis i allò que apareix només una vegada, com un detall en un moment de relaxació, però que segurament és fonamental per entendre les masculinitats en contextos *psiquiatritzats*, i això son elements a vegades més centrals de les idees que es repeteixen fins a la sacietat durant tot el treball de camp. Això obre un debat, àmpliament abordat en antropologia però no resolt, sobre la presència inevitable (a vegades també excessiva) de la subjectivitat de l'analista en qualsevol procés interpretatiu de dades etnogràfiques.

## 3.5. | Mètode i diàleg entre pedagogia i etnografia: vulnerabilitat, antropologia narrativa i models dialògics

> "Por eso, y a diferencia de lo que suele creerse, en un universo cartesiano, en un mundo sin ambigüedades, sin equívocos, en un mundo en el que todo esté perfectamente ordenado y planificado, en un mundo de «ideas claras y distintas», no caben ni la ética ni la educación. Las praxis de los educadores no pueden (ni deben) resolver ni las incertidumbres ni las ambigüedades de sus discípulos. Para decirlo en términos de Elias Canetti (1994, 355), la tarea del educador sería algo así como tratar de «mantener vivas las metamorfosis», porque las relaciones educativas no tienen lugar entre «sujetos metafísicos» o «metaempíricos», entre «razones puras», sino entre hombres y mujeres «de carne y hueso». De ahí que la ética sea ineludible *ab initio*." (Melich, 2008, p.123)

Melich (2008) parteix de la diferència entre *condició* (allò que es fa) i *naturalesa*[64] (allò permanent i immutable) per explicar les divergències entre dos models epistemològics o maneres de fer antropologia que volem explicar en aquest darrer apartat. Aquestes dues maneres d'entendre l'antropologia ens serveixen per tancar aquest capítol i per justificar quina ha estat la "filosofia" sobre la qual s'ha fonamentat tot el treball de camp i la metodologia presentada, un punt de partida que ens és especialment útil tenint en compte les dues dimensions o funcions de l'investigador que s'han entrecreuat en el camp i durant tota la investigació: pedagògica i etnogràfica. Aquesta necessitat d'*explicar-me*, de situar el meu rol, té a veure amb aquesta metamorfosi (progressiva però força ràpida), que comentàvem anteriorment. Malgrat que la meva arribada al camp (dispositius comunitaris de la xarxa de salut mental) va ser a través de l'antropologia i per a la realització d'una empresa etnogràfica, en la majoria d'espais on he fet el treball de camp la meva posició cada cop ha tingut més de funció pedagògica i educativa i se m'ha identificat més en aquest rol, sense perdre de vista en cap moment els objectius de la investigació, però amb la necessitat constant de reflexionar sobre aquest doble rol i les seves implicacions. Això, més enllà de les possibilitats (vincle amb els informants, accés a més informació, conciliació entre investigació i supervivència material, etc.) i les limitacions (dilemes ètics, certa confusió i dispersió en la recollida de dades etc.) ha estat un element transversal i característic de l'estudi que presento i val la pensa aturar-nos-hi un moment.

[64]Sabem, gràcies a les aportacions feministes de la tercera onada (Butler, Sterling etc.), que aquesta idea de quelcom natural o biològic presocial és discutible o si més no insuficient, però no volem tornar a entrar en una discussió que ja hem vist en capítols de caire més teòric. Vegeu marc teòric.

Analitzar la (les) masculinitat(s) o les maneres de ser home en un context determinat té a veure amb desgranar què vol dir ser persona amb perspectiva de gènere en un lloc i un espai concret. Segons el filòsof català hi ha dues maneres de fer antropologia: la *metafísica* i la *narrativa*. La primera té a veure amb una mateixa idea d'essència humana (naturalesa) immutable, transcendent i independent del context i les condicions en què es troba. La idea o l'ànima de Plató, l'*imperatiu categòric* de Kant o el *cogito* de Descartes van en aquesta direcció. Aquest plantejament no té perquè negar les condicions materials, socials o culturals i la seva influència, però sí que les diferencia d'un *nucli essencial*, immutable i universal. En canvi, l'*antropologia narrativa* defensaria més aviat la vida i les persones com a processos inacabats. D'aquesta manera sempre seriem *algú per fer,* sense essència*,* éssers vinculats a les contingències, al context, i a les circumstàncies. En definitiva, "Una antropología narrativa sostiene que para los seres humanos no existen referencias definitivas o absolutas, sino solamente «soportes» provisionales, frágiles y ambiguos, ubicados en el tiempo y en el espacio, en la historia, en la tradición" (Melich, 2008, p.110).

Aquest segon plantejament o tradició ens situa en la idea que no hi ha text sense context, o dit d'una altra manera, que la identitat en realitat no és altra cosa que un procés d'identificació, una idea que també apuntava Terrades (2000) quan diferencia la *identitat viscuda*/cultural de la *identificació juridicopolítica*[65]. Per tant, la identificació, en aquest sentit, sempre respondrà a la relació entre subjecte (subjectivitat) i el context. O el que és el mateix, només podem entendre la identitat en *situació* o *situant-se* permanentment.

Aquest plantejament, que por semblar obvi en el camp de l'antropologia sociocultural, té una gran ascendència tant en la manera d'entendre l'estudi realitzat com en la manera de concebre la dimensió pedagògica, dimensions que, des del punt de vista que defensem aquí, presenten més punts de contacte que diferències. Aquesta dimensió narrativa que fuig de l'essència és clau en dos sentits que podem anomenar *distanciament antropològic* i *incompleció pedagògica*.

En primer lloc, ens diu Melich "No hay vida humana posible sin un inacabable distanciamiento del mundo, y ahí surge la narración" (Melich, 2008, p. 114). Sempre hi ha un subjectivitat

[65]Vegeu capítol 1.

darrere de la recollida de les dades i de l'anàlisi, sempre hi ha un (o més d'un) subjecte posicionat (Rosaldo, 1989) -i per tant *situat* (que diria Haraway, 1988)- que interpreta les dades i la realitat. I és que quan parlem de narratives parlem justament d'aquestes recreacions d'una realitat intervinguda, adaptada i en definitiva inacabada. En aquest sentit, fer *antropologia narrativa* vol dir prendre *distància* i reconèixer aquesta funció d'intermediació entre la realitat estudiada i el coneixement sobre aquesta realitat:

> "Si hay un «estado natural» en la vida humana es precisamente este ser en y de mediaciones, en y de interpretaciones, en y de traducciones, porque no hay nada humano al margen de la cultura o, lo que es lo mismo, libre de ambigüedad, de provisionalidad, de artificiosidad". (Melich, 2008, p.113*)*

Per tant, entendre l'antropologia com a *narrativa* (i des d'aquí, modestament, hem intentat plantejar aquesta investigació) es basa a descriure les *situacions*, enteses, com a conjunt de contingències, dins de les quals les identitats fan procés. Aquesta idea per estudiar les identitats i sobretot les pràctiques de gènere, en les quals s'ha basat l'estudi, és fonamental perquè ens permet desessencialitzar el gènere (i la masculinitat) i explicar-la com a element que no té perquè transcendir en el temps i l'espai, sinó que te a veure amb el context (a nivell *micro* i a nivell *macro*). Segons Jaspers[66] (1978) aquestes *situacions,* sense les quals no hi hauria vida ni identitat humana, tenen *límit* i *possibilitat*. Això vol dir que la situació ens limita, ens condiciona, però també permet (i aquest marge de maniobra sempre hi és per més restrictiu o opressiu sigui el context) pensar altres situacions possibles. El problema en la majoria dels casos i segons Jaspers és que acostumem només a ser conscients que hi ha *situació* quan ens trobem en situació de límit (malaltia, patiment etc.). Ens sembla que aquesta idea de distanciament (aquest *estar entre*) tan vinculada a *l'antropologia narrativa*, de reconeixement de la identitat com a producte de la situació ha estat una de les eines principals per entendre com s'és home, fent d'home en un context molt concret, com l'estudiat, i en base a *situacions* determinades que hem tingut l'oportunitat d'observar, escoltar i analitzar.

[66]Karl Jaspers va ser un psiquiatra alemany (1883-1969) contemporani de Kraepelin (referent de la psiquiatria moderna i de les nosologies psiquiàtriques actuals de tall biomèdic) però amb una visió radicalment diferent i basada en la idea de construir una psiquiatria que partís del pluralisme conceptual.

En segon lloc, la idea d'*incompleció* i que "nunca nos hacemos del todo" (Melich, 2008, p.112) és interesant tant en termes antropològics com bàsica a nivell pedagògic, i més en un camp d'estudi com el nostre (estudis feministes i de la salut) i amb un objecte d'estudi com el nostre: la masculinitat. M'explico. La masculinitat hegemònica que hem descrit, tot i trobar-se en procés d'*hibridació* (es troba permanentment inacabada), sí que basa el seu model en una espècie d'entelèquia centrada en la completesa i l'autosuficiència. L'*home fet a sí mateix* seria la màxima representació d'aquest objectiu inabastable i *(in)habitable*. I quan diem *inassolible* no ho diem només en termes afectius i socials, sinó també en termes materials, mai un ésser humà pot tenir a les seves mans totes les condicions d'existència. No existeixen la independència ni l'autosuficiència humana. O dit d'altra manera, si s'arriba a la independència es perd la condició de persona, d'ésser humà. Sempre hi haurà *situacions* que van més enllà de l'individu i del seu control, una història prèvia i un context. Com va dir Plessner (com es cita a Melich, 2008, p.106), "yo soy, pero no me poseo". Aquesta idea ha estat central al llarg de la metodologia de la investigació, però sobretot a nivell pedagògic, perquè és una idea tant evident com transformadora. Som éssers vulnerables i interdependents, permanentment inacabats, necessitem els altres per viure i sobreviure. I aquesta tensió entre ideal autosuficient i vulnerabilitat humana és font de molt patiment, però també és una eina pedagògica fonamental. Per tant, la *incompletesa* i la idea de procés han estat dos dels pals de paller de l'acompanyament pedagògic durant aquests anys amb nois amb patiment mental, i alhora han estructurat tota la investigació. Com diu el filòsof català, aquesta pedagogia, basada en un model hermenèutic narratiu, se centra en allò ambigu i que per tant només pot ser estudiat en base al seu context de producció de sentit:

> "Frente a la ciencia y la metafísica que anhelan lo perenne y lo universal, lo que permanece invariante, lo regular y lo objetivo, una pedagogía inscrita en la tradición hermenéutica valoraría la finitud, la historicidad, el tiempo y el espacio, la contingencia y el azar, el singular, la situación y el detalle. En una palabra: lo ambiguo. Una antropología narrativa se apoya, pues, en una antropología de la ambigüedad" (Melich, 2008, p.121)

Aquesta ambigüitat i aquesta concepció de la persona (amb gènere i altres condicionants estructurals que el configuren) com a quelcom permanentment inacabat com a idea per articular allò pedagògic, ens permet posar al centre la narrativa antropològica, i contradiu una visió més prescriptiva de la pedagogia. I és que mentre l'antropologia es basa a intentar

descriure, una part important de la pedagogia s'ha basat històricament en una prescripció sostinguda per un model al qual cal arribar, un ideal (*bildungsideal*) o idea-força que prové del model grecollatí i que beu del *neohumanisme*, i que segons Vilanou (2001) transita tota la pedagogia contemporània. I aquesta configuració basada en un ideal o en un camí de *l'home cap a la virtut*, provinent de la *paideia* grega, està darrere tant dels models de gènere hegemònics com darrere de models suposadament nous (nova masculinitat, masculinitat alternativa, en singular), i encaixa molt bé amb el model neoliberal del *do it yourself*. Una idea d'aprenentatge amb un final marcat per objectius que impossibilita, fins i tot amb la millor de les intencions, una altra manera d'entendre la pedagogia, que podem anomenar pedagogia *encarnada*, o *sensible* (Planella, 2017, 2019) i que es basa en l'ambigüitat i el procés no acabat.

En aquesta concepció de la pedagogia més antropològica, en la qual ens identifiquem, és possible difuminar o desdibuixar els límits d'allò pedagògic per recuperar aquelles concepcions que, en ocasions, han quedat fora de la pedagogia i que responen a la idea, com dèiem, de permanent incompletesa. Aquesta idea d'incompletesa, que com hem explicat és molt útil per parlar de masculinitats i patiment psíquic, incorpora o permet la figura d'un educador/educadora que actuaria no com a transmissora d'idees, sinó més aviat com a hermeneuta o com una espècie de professional *exegeta*. És a dir, com a intèrpret d'un text, que en aquest cas no és altra cosa que el patiment i la vivència de l'*altre* (o l'altra) en termes de gènere. En aquest sentit, l'antropologia i la pedagogia (o vocació pedagògica) en el camp de l'acompanyament al patiment mental es tocarien en la figura de qui descodifica o prova de descodificar (interpretar en definitiva) les estratègies dels individus, abandonant una funció més clàssica o patriarcal del professional de l'educació com a dispensador de coneixements i de l'antropologia com a descriptora neutral de la realitat.

El meu doble rol -acompanyament pedagògic i estudi etnogràfic- durant activitats d'oci, esport (futbol), ràdio, etc., s'ha trobat sobretot amb masculinitats *inacabades* com a conseqüència d'itineraris d'aflicció i exclusió que han impossibilitat el que podríem anomenar una *masculinització exitosa*, la qual cosa ha fet evident que per definició aquesta sempre està incompleta (cal entendre que no es pot mai assolir l'ideal del tot, si una persona adquirís l'ideal de manera completa desapareixeria com a tal). Partir d'aquesta idea d'incompletesa per educar/acompanyar no és altra cosa que una forma de posar al centre la vulnerabilitat i la interdependència com a reconeixement, però també com a eina transformadora. Fer "pedagogia de la vulnerabilitat" (Pié, 2019: 107) vol dir impugnar les

idees d'autonomia i autosuficiència (model androcèntric) a partir de posar al centre les cures, i des d'aquí hem intentat construir un projecte d'investigació i una tasca pedagògica que no fa altra cosa que deixar espai a una obvietat: la vida és vulnerable i ens necessitem entre nosaltres. Un projecte que ha pretès en tot moment aprofitar aquesta *situació* o *situacions* on la masculinitat *fracassa* (n'hi ha moltes altres on això passa. De fet, constantment) per entendre'n el funcionament, les relacions de poder que entranya i per construir altres formes de relació amb el patiment mental.

Per acabar, aquesta idea d'*incompletesa* ens remet a un altre element de la proposta metodològica que hem descrit de manera transversal en aquest capítol: el model. O la cerca del model que creiem que es pot adaptar més a aquesta idea. Si partim del reconeixement de la contingència i del coneixement *situat* (mediat per la *condició* de l'investigador/a, en aquest cas, jo mateix) estarem d'acord que el model *monològic* que ha fet servir moltes vegades la ciència -basat segons Martínez-Hernáez (2008) en la unidimensionalitat, la unidireccionalitat i la jerarquia- no s'adapta a la necessitat de dialogar amb altres veus o altres narratives que des de la *no-completesa* n'expliquin la realitat. Un model dialògic basat en la multidimensionalitat, la bidireccionalitat i la simetria/horitzontalitat entre grups i sabers és el model que més s'adapta a l'esquema metodològic i procedimental que acabem de presentar, un model que parteix del reconeixement, també el *saber expert* (com tot saber, d'altra banda), com un coneixement també incomplet i que necessita per entendre els processos de salut/patiment/cures d'altres visions i d'altre formes d'explicar-se igualment reconegudes amb les quals generar un diàleg horitzontal. En aquest sentit, les narratives i el mètode etnogràfic, molt útil també a nivell pedagògic i educatiu, ens semblen una de les millor eines per aquest propòsit, ja que és un mètode al servei d'allò més concret, de la singularitat:

> "Desde esta perspectiva, una pedagogía que tome como soporte una antropología narrativa no estaría interesada en responder a la pregunta acerca de cómo son los seres humanos «en general». Su preocupación es «este» hombre y «esta» mujer, «este» niño y «esta» niña… en su singularidad, en sus «posibilidades», pero unas posibilidades que vibren al margen del «orden del discurso» (Foucault), unas posibilidades que «pongan en cuestión» lo que el sistema cultural e institucional aprueba y propone: el «camino». Una pedagogía así, una pedagogía «excéntrica», en el sentido de Helmuth Plessner, valora el «desarraigo»". (Melich, 2008, p.122).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# ETNOGRAFIA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# 4 SOBRE LA NECESSITAT DE TRASCENDIR LA VARIABLE SEXE PER COMPRENDRE LA RELACIÓ ENTRE GÈNERE I SALUT MENTAL EN L'ADOLESCÈNCIA

Aquest primer capítol de l'anàlisi dels resultats obtinguts durant l'etnografia realitzada presenta dos objectius. D'una banda, establir un context més ampli (respecte a l'etnografiat) sobre adolescència, salut mental i gènere, el qual ens permeti ubicar prèviament alguns elements importants per, més tard, aprofundir en la relació entre masculinitat i patiment psíquic durant la joventut a partir de les dades obtingudes directament del treball de camp realitzat en primera persona. Per fer-ho, en aquest cas, ens basem en les dades cedides per part de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), a partir de les quals es va elaborar l'informe *Factors de Risc en Estudiants de Secundària* (FRESC) de 2016[67] a la ciutat de Barcelona. No ens basarem en tots els resultats obtinguts a partir de l'enquesta, sinó només en aquelles variables sociodemogràfiques -edat, nivell socioeconòmic, sexe- i les relatives al benestar i la salut mental -escala de benestar mental *Warwick-Edinburg Mental Well-being scale* (WEMWBS), escala *Strengths and Difficulties Questionair*e o SDQ (versió catalana), salut autopercebuda i sensació de tristesa/desesperació durant els darrers 12 mesos ("gairebé cada dia durant dues setmanes seguides")-.

D'altra banda, l'anàlisi d'aquestes dades ens permetrà posar en diàleg alguns dels resultats obtinguts sobre la relació entre gènere i patiment subjectiu a partir de l'etnografia realitzada amb una població més amplia (N=3888). Tot i que les dades de l'informe FRESC presenten menys profunditat que les entrevistes, l'observació participant o els grups de discussió, ens permeten veure si existeix certa relació o elements de continuïtat entre el que s'ha analitzat a petita escala (hospital de dia per a adolescents i club social) i a més gran escala (3880 adolescents de la ciutat de Barcelona). Cal advertir que les dues poblacions presenten característiques diferents (formar o no formar part del circuit de salut mental i edat, principalment), però la principal diferència rau en la desigualtat que hi ha entre el volum de població que estudia l'informe FRESC (3888 persones) en contraposició a un nombre de nois joves molt menor pel que fa al treball etnogràfic. Això dificulta una possible comparativa -que podria ser molt interessant- entre nois joves que han estat *psiquiatritzats* (població experimental) respecte a d'altres nois i noies que han omplert el qüestionari de l'informe FRESC, els/les quals en la seva majoria no formen part del circuit de salut mental (població control en una eventual comparativa). L'altra diferència té a

[67]Vegeu informe complet a: https://www.aspb.cat/documents/informe-fresc-30-maig-2017/

veure amb les tècniques que s'han fet servir en ambdós casos per generar dades que ens permetin conèixer el context estudiat (d'una banda enquestes i respostes dins d'una escala *likert*, de l'altra entrevistes en profunditat, grups focals i observació participant). Aquestes diferències fan que no plantegem aquí un estudi comparatiu, però si un diàleg entre els dos estudis per establir, de manera més contrastada, alguns dels impactes del gènere en el patiment mental juvenil.

Diferents estudis epidemiològics parlen d'un 13-25 % d'adolescents que compleixen amb criteris de diagnòstic psiquiàtric en algun moment de la seva vida (Merikangas *et al.,* 2010; Polanczyk *et al.,* 2015) i que per tant presenten nivells de patiment o aflicció psíquica notoris[68]. Com apuntàvem en el capítol 3, segons la Societat Europea de Psiquiatria Infantil i Adolescent (ESCAP) la meitat dels trastorns psiquiàtrics apareixen per primera vegada abans dels 14 anys, i més de l'70% abans dels 18 anys (ESCAP, 2015). D'altra banda, diferents investigacions argumenten que les les persones joves amb patiment mental, en molts casos, no acudeixen als serveis o dispositius disponibles (Zwaanswikk, Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing, i Verhulst, 2003; Essau, 2005; Zachrisson, Rodje i Mykletun, 2006; Rickwood, Deane i Wilson, 2007). Com demostren Alonso *et al.* (2007) això pot generalitzar-se i extrapolar-se a la població adulta de diferents països europeus, però els resultats no són tan evidents com en la població jove (Martínez-Hernáez *et al*., 2014; Moses, 2011). Com desenvoluparem en el capítol 9, existeix una relació evident entre aquesta evitació dels recursos i l'estigma associat, tant als mateixos dispositius, com als professionals de salut mental (Kadison i DiGeronimo, 2004; Chandra i Minkovitz, 2007; Martínez-Hernáez *et al.,* 2014), la medicació psiquiàtrica, etc. (vegeu *partícules de l'estigma* del capítol 9).

Dit això, partim d'entrada de la hipòtesi que el gènere (com a procés socialitzador) influeix en el nivell i les formes d'expressar el patiment mental (simptomatologies o quadres simptomatològics, si es vol) dels i les adolescents-joves, i que per tant condicionarà els

[68]Aquests percentatges cal analitzar-los amb cautela perquè tot i que són útils per mesurar el volum de població adolescent amb patiment mental, són també el resultat de certa patologització del malestar i les violències rebudes per part d'adolescents i nenes/nens. En altres paraules, malestars que anys enrere no apareixien a les estadístiques sobre salut mental ara hi apareixen, bé perquè abans no s'atenien o bé perquè no es considerava patològics.

processos de s/m(p)/c en totes les seves dimensions: grau de patiment, tipus de patiment o forma d'expressar-lo i formes d'atenció a l'esmentat patiment.

Dècades després de la definició de Rubin (1986) del sistema sexe-gènere com aquest conjunt de disposicions que transformen la biologia en constructe social i cultural, sabem que aquesta idea es queda curta i que com a mínim cal problematitzar-ne dos elements. En primer lloc, el sexe no és una dimensió impermeable o preexistent a la cultura, just al contrari, el podem entendre com un conjunt de característiques que són llegides i fins i tot culturalment produïdes. Com ens diu Butler, *el sexe en realitat sempre ha estat gènere* (2007). En segon lloc, existeix una confusió entre sexe i gènere en la manera com moltes institucions de salut pública estudien i codifiquen la salut i les variables que la determinen. En la majoria d'ocasions, aquestes institucions empren el factor sexe com a única variable proximal del complex procés que suposa el gènere. D'aquesta manera, es concentra o sintetitza -i per tant es perd- molta informació interessant i valuosa en termes de salut. Es redueix així a un sol factor -categòric i binari en la majoria d'ocasions-, *sexe* (o gènere, depenent de l'estudi), un volum d'informació que podria ser útil en termes de polítiques públiques educatives i de salut pública, especialment, aquelles encaminades a reduir i atendre/cuidar el patiment mental de la població adolescent. Aquesta informació que es perd va des de com s'expressa el gènere al grau d'adherència que presenta la persona respecte als models hegemònics, passant per com ha estat socialitzada aquesta persona i els efectes de tot plegat en la seva relació amb la salut. Com diu Esteban (2006, p.10) "el desconocimiento de la bibliografía feminista tiene como consecuencia la utilización ambigua y muchas veces incorrecta del concepto de *género* que, en general, o bien se hace equivalente a "mujer" o bien sustituye de manera mecánica a *sexo*". En el millor dels casos, la pregunta sobre el sexe o gènere de la persona que respon el qüestionari o entrevista només recull el sexe de naixement o la identitat de gènere categòrica (si m'identifico com a noi com a noia), i no ens permet recollir altres informacions. Això impedeix comprendre quins són els factors directors que travessen aquesta «caixa negra» anomenada sexe (o gènere), separar-ne el component biològic del social, i per tant, aplicar mesures efectives -perquè s'han dissenyat amb perspectiva de gènere- a l'hora d'organitzar les cures i la salut.

Amb això no estem insinuant que tot sigui cultural i que per tant calgui deixar d'investigar la relació entre factors biològics i salut mental, just al contrari, en aquest capítol apostem per generar indicadors més rics, els quals permetran conèixer millor i delimitar quins són aquells

elements que afecten la salut mental de la població adolescent i provenen de la cultura (i per tant poden modificar-se o adaptar-se) sense renunciar a l'anàlisi de dades focalitzades en la dimensió biològica. En definitiva, més enllà de conèixer la relació entre gènere i patiment mental durant l'etapa adolescent, un dels objectius d'aquest capítol i aquest estudi és el de contribuir a la creació d'eines que permetin estudiar els efectes del gènere sobre la salut d'aquestes persones de manera més complexa i superant les carències de la variable sexe com a única eina per capturar la complexitat de les relacions entre sexe i gènere. I tot plegat, amb l'objectiu de poder explorar quins hàbits i conductes socials específiques són les que determinen els biaixos en salut mental. Això passa per generar eines (o *reciclar* les que existeixen) que ens permetin, com a mínim, capturar el sexe/gènere assignat i après, la identitat de gènere, l'expressió de gènere i la preferència sexual a partir de variables no categòriques (no binàries) i que contemplin o permetin estudiar la relació entre elles. En el nostre cas, apostem per eines que es basin en una concepció d'aquestes variables com un *contínuum* multivariable i multidimensional entre extrems ideals en termes hegemònics, i per tant *inhabitables*, de masculinitat i feminitat.

La problemàtica típicament associada als intents d'aplicar la «perspectiva de gènere» en la salut pública sovint rau en la dificultat d'obtenir una definició operativa de gènere i/o eines que permetin capturar-ne la complexitat, és a dir, un índex objectiu basat en dades estandarditzades que permeti la classificació dels individus d'acord amb el seu gènere i de manera contínua, no categòrica i binària. Una proposta és la de construir «Índexs d'Adherència de Gènere» (IAGs) o de conformitat amb el gènere (normatiu/hegemònic), en base a conductes i hàbits socials i creences, les quals de manera habitual són monitorades en els diversos qüestionaris, més o menys estandarditzats, que regularment efectuen les diverses institucions de salut pública. Una anàlisis multivariada d'aquestes dades pot permetre detectar aquells conjunts de conductes, creences i hàbits que millor segreguen la població adolescent per masculí/femení, i per tant que potencialment poden estar més associades al gènere. Perquè no oblidem que aquestes actituds, creences o hàbits estaran sempre condicionades pel sexe de naixement o el gènere assignat en néixer. A partir d'aquí podem establir quins elements ens permetran saber no només el sexe de naixement, sinó la relació de cada persona amb les idees culturalment construïdes i associades a cada gènere. Posem un exemple, en un context com el nostre: els esports de contacte segueixen estant més associats al gènere masculí, i això vol dir que si s'ha assignat un gènere masculí, a partir d'un sexe llegit com a masculí, es tenen més possibilitats que agradin aquests esports.

Segurament si fem una pregunta sobre aquests esports veurem que hi ha més nois que noies que practiquen aquest tipus d'esport, i per tant el sexe i la socialització de gènere (normalment vinculades) tenen una influència en els hàbits i les manes de comportar-se, res de nou. Ara bé, trobarem molts nois que no volen saber res dels esports de contacte i moltes noies a qui els encanten aquests esports. Per tant, més enllà del sexe i la identitat de gènere, hem de poder construir indicadors que ens permetin estudiar aquesta adherència major o menor al gènere assignat/escollit. O dit d'una altra manera, que ens permetin estudiar les *pràctiques de gènere* (o expressió de gènere) i la manera de *fer gènere* (*doing gender*). Contrastar aquests indicadors d'expressió de gènere amb variables de salut mental, tot controlat per altres factors socioeconòmics, pot esdevenir molt informatiu per establir les relacions potencials entre entre gènere, adolescència i salut.

Existeixen alguns exemples de qüestionaris o eines estadístiques que, de manera més o menys encertada, van en aquesta mateixa direcció, des de la pionera *Sex Role Inventory* (SEI) (Bem, 1974) fins al *Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI)* (Mahalik *et al*., 2003), o el *Traditional masculinity and femininity* (TMF) (Kachel, Steffens i Niedlich, 2016) per posar-ne alguns exemples de més antics i de més actualitzats, però no trobem estudis que utilitzin aquest tipus d'escales en el camp de la salut i/o salut mental juvenil. És per això que el present estudi pretén ampliar el coneixement del camp que investiga la relació entre gènere i patiment mental adolescent, d'una banda, i, de l'altra, a partir d'aquest coneixement adquirit i conscients de les seves limitacions, argumentar la necessitat de generar i aplicar eines més capaces d'analitzar i copsar aquesta relació entre gènere i salut mental en tota la seva complexitat.

Amb l'objectiu principal d'analitzar aquesta relació entre gènere i patiment o aflicció mental (en grau i en forma), partim, en aquest capítol, de tres hipòtesis principals. En primer lloc (H1), partim de la hipòtesi que existeix una relació significativa entre les covariables sexe/edat/nivell socioeconòmic i la salut autopercebuda, el benestar mental, la sensació de desesperació experimentada durant els darrers 12 mesos i la probabilitat de presentar problemàtiques de salut mental o patiment mental. En aquesta relació, ser noia, tenir més edat i un nivell socioeconòmic (NSE) més baix explicarien, en part, un augment del patiment mental expressat. En segon lloc (H2), partim de la hipòtesi que el gènere condicionarà les formes d'expressar el malestar i l'aflicció, però també les formes d'atenció/autoatenció o *help-seeking*. D'aquesta manera les adolescents que s'identifiquen com a noies presentaran

més probabilitats de patir problemàtiques de tipus emocional i major puntuació en conductes prosocials. Els adolescents que s'identifiquen com a nois, en canvi, presentaran més probabilitats de patir problemàtiques relacionades amb la conducta, símptomes associats a la hiperactivitat/inatenció i problemes amb els iguals (*peers*). Malgrat que el centre de la nostra anàlisi és el gènere, analitzarem com interactuen aquestes variables també amb l'edat i el nivell socioeconòmic. En tercer lloc (H3), volem corroborar que la variable "sexe" (en base al sexe de naixement i/o la identitat de gènere) és insuficient per a l'estudi de les relacions entre salut mental i gènere i que són necessàries altres mesures o índexs (aplicables al camp de la salut) per entendre com el model de masculinitat (estereotips, rols, etc.) i el model de feminitat (estereotips, rols, etc.) impacten en la salut mental d'adolescents i joves.

## 4.1. | Resultats

Hipòtesis 1 i 2

D'acord amb el models lineals generalitzats el sexe és la covariable més explicativa (0.15 ± 0.02***, Taula 1) pel que fa al nivell de salut autopercebuda. Com podem observar en la Figura 1A, el sexe 2 (noies) presenta una tendència a valors de salut autopercebuda més alts, i per tant una salut autopercebuda pitjor (independentment de la resta d'interaccions amb les covariables d'edat i NSE) en relació al sexe 1 (nois). Les covariable edat i nivell socioeconòmic presenten una interacció menor amb la salut autopercebuda (0.02 ± 0·01***, -0.04 ± 0·01***, respectivament), però també significativa. A mesura que l'edat augmenta la salut autopercebuda baixa, i un major nivell socioeconòmic augmenta la salut autopercebuda. Ambdues interaccions es produeixen independentment de l'efecte de la resta de covariables, és a dir, no es produeixen interaccions significatives de segon i tercer ordre.

| | Salut autopercebuda | Benestar mental | Desesperació |
|---|---|---|---|
| Intersecció | 0.64 ± 0.11*** | 54.95 ± 1.27*** | -2.59 ± 0.39*** |
| Sexe (femení) | 0.15 ± 0.02*** | -3.28 ± 0.26*** | 0.83 ± 0.08*** |
| Edat | 0.02 ± 0.01*** | -0.41 ± 0.07*** | 0.12 ± 0.02*** |
| NSE | -0.04 ± 0.01*** | 0.98 ± 0.09*** | -0.19 ± 0.03*** |

Les dades provenen de 3888 enquestes realitzades a població adolescent per a la realització de l'informe FRESC 2016. La salut autopercebuda és una variable semiquantitativa discreta que va d'1 (molt bona) a 5 (molt dolenta). El benestar mental correspon a l'escala quantitativa discreta WEMWBS (rang 14-70; puntuacions més elevades equivalen a major benestar mental). La desesperació en els darrers 12 mesos és una binomial (1 o 0 equivalent a sí o no, respectivament). Les relacions d'aquestes variables amb el sexe, l'edat i el NSE familiar dels adolescents han estat analitzades mitjançant models lineals generalitzats. La intersecció correspon al grup de referència que són els nois, de la franja d'edat més jove i del NSE més baix. Per a cada model es mostra l'estimador de cada paràmetre, el seu error associat i el seu nivell de significació estadística. *** equival a un *P-valor* < 0.001

*Taula 1. Relacions entre salut autopercebuda, benestar mental i desesperació amb el sexe, l'edat i el nivell socioeconòmic (NSE) de la població adolescent.*

Segons aquests mateixos models lineals generalitzats la covariable sexe és també la més significativa (-3.28 ± 0.26***) respecte al benestar mental (mesurat segons l'escala WEMWBS). Com mostra la Figura 1B, el sexe 1 (nois) presenta una tendència a presentar resultats més positius (independentment de la resta d'interaccions amb les covariables d'edat i NSE) pel que fa al benestar mental respecte al sexe 2 (noies). Les covariables edat i nivell socioeconòmic presenten una interacció menor amb la salut autopercebuda (-0.41 ± 0·07***, 0.98 ± 0·09***, respectivament) però també significativa· A mesura que l'edat dels adolescents augmenta el seu benestar mental disminueix (per tant el patiment mental podríem dir que augmenta) i existeix una relació positiva entre el nivell socioeconòmic i el benestar mental· Ambdues interaccions es produeixen independentment de l'efecte de la resta de covariables, és a dir, no es produeixen interaccions significatives de segon i tercer ordre.

En tercer lloc, segons els models lineals generalitzats la covariable sexe és també la més significativa de les tres (0.83 ± 0.08***) respecte a la sensació de desesperació experimentada durant els darrers 12 mesos. Com podem veure en la Figura 1C, les noies (sexe 2) tenen més tendència a respondre sí a la pregunta de "Durant els últims 12 mesos, t'has sentit

tan trist/a o desesperat/da gairebé cada dia durant dues setmanes seguides que has hagut d'aturar la teva activitat quotidiana?" independentment de la resta d'interaccions amb les covariables d'edat i NSE. Les covariable edat i nivell socioeconòmic presenten una interacció menor amb la salut autoprecebuda (0.12 ± 0·02***, -0.19 ± 0·03***, respectivament) però també significativa· A mesura que l'edat dels i les adolescents augmenta menor és la probabilitat de respondre sí. Ambdues interaccions es produeixen independentment de l'efecte de la resta de covariables, és a dir, no es produeixen interaccions significatives de segon i tercer ordre.

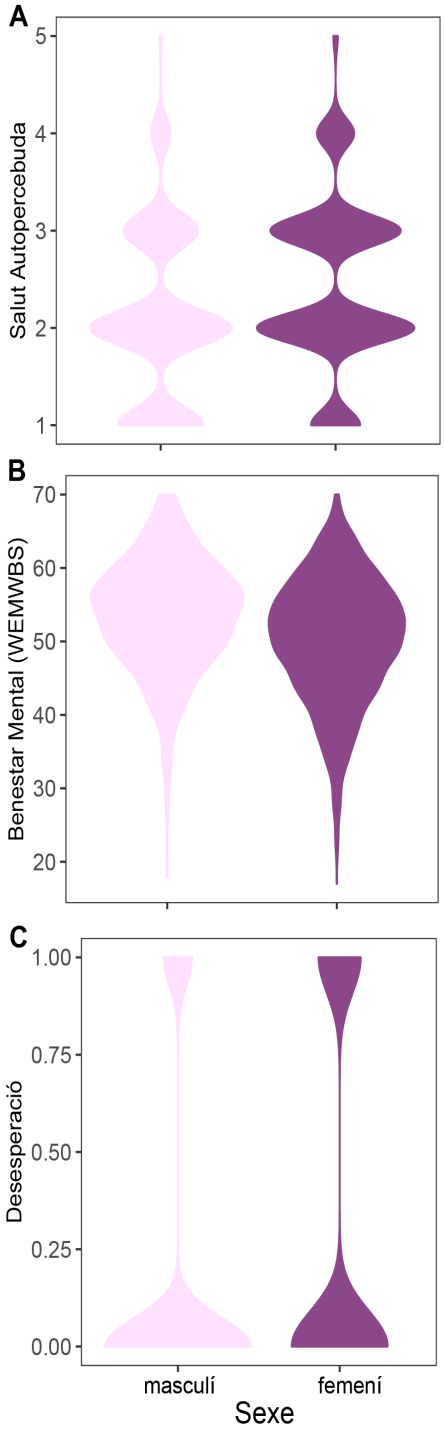



*Figura 1. A: Interacció entre salut autoprecebuda i sexe / B: Interacció entre Benestar Mental segons WEMWBS (14-70-) i sexe)/ C: Interacció entre desesperació en els darrers 12 mesos (0=No, 1=Sí) i sexe.*

| | TOTAL | Emocional | Prosocial | Conductual |
|---|---|---|---|---|
| Intersecció | 12.70 ± 1.01*** | 3.01 ± 0.43*** | 5.01 ± 0.25*** | 1.32 ± 0.15*** |
| Sexe (Noia) | -2.80 ± 1.35* | -0.67 ± 0.57 | 0.66 ± 0.05*** | -0.53 ± 0.20** |
| Edat | 0.06 ± 0.06 | 0.02 ± 0.03 | 0.07 ± 0.01*** | -0.02 ± 0.008** |
| NSE | -0.31 ± 0.06*** | -0.11 ± 0.02*** | 0.05 ± 0.02** | -0.006 ± 0.008 |
| Sexe (Noia) : Edat | 0.26 ± 0.09** | 0.14 ± 0.04*** | -- | 0.03 ± 0.01* |

La puntuació total en l'SDQ és una variable quantitativa discreta (rang 0-40) en què valors majors equivalen a major probabilitat de patir problemàtiques de salut mental. Aquest índex es calcula a partir de 5 subescales (amb 5 ítems cadascuna que es poden respondre en format *likert* de 3 opcions de resposta; "No és cert", "Una mica cert" i "Absolutament Cert"), 3 de les quals (símptomes emocionals, problemes de conducta, conducta prosocial ) presenten relacions estadísticament significatives amb les variables sexe, edat i el NSE familiar dels i les adolescents. Aquestes relacions han estat analitzades mitjançant models lineals generals. La intersecció correspon al grup de referència, que són els nois, de la franja d'edat més jove i del NSE més baix. Per a cada model es mostra l'estimador de cada paràmetre, el seu error associat i el seu nivell de significació estadística. Totes les subescales s'han tractat com a variable quantitativa discreta (rang 0-10). A excepció de la conducta prosocial, una major puntuació és indicativa de major "simptomatologia afectiva i/o comportamental". Aquesta puntuació va de 0 a 10 com un contínuum de major a menor presència de malestar (o conducta prosocial com a factor protector) en cada una de les dimensions de l'SDQ. Per als components de l'SDQ relacionats amb les problemàtiques d'hiperactivitat i de relacions amb iguals no vam trobar relacions estadísticament significatives amb cap d'aquests factors. *, **, i *** equivalen a *P-valors* < 0.05, < 0.01, i < 0.001 respectivament.

*Taula 2. Relacions entre la puntuació total i la dels diferents components del qüestionari SDQ amb el sexe, l'edat i el nivell socioeconòmic (NSE) de la població adolescent.*

En primer lloc, i segons els models generals elaborats, existeix una interacció significativa de segon ordre (0.26 ± 0.09**, Taula 2) entre els resultats totals del SDQ, el sexe i l'edat. Tal i com observem en la Figura 2A, les noies (sexe 2) conforme es fan més grans i s'acosten als 19 anys, presenten graus de patiment mental superiors, cada vegada més diferenciats, respecte als nois (sexe 1). Aquests resultats ens diuen que no és només identificar-se com a noia el que produeix més patiment mental expressat, sinó el fet d'identificar-se com a noia i fer-se gran. Per tant, fer-se gran té conseqüències diferencials quant al patiment mental de les adolescents. També apareix una efecte directe molt significatiu (-0.31 ± 0.06***) entre resultats totals del SDQ i el nivell socioeconòmic de la unitat familiar (NSE). A menor NSE major és el grau de patiment mental expressat en base a la puntuació del SDQ, i per tant més probabilitats existeixen de patir problemàtiques emocionals i de conducta. Aquest efecte es produeix independentment de la resta de covariables (sexe i edat), és a dir, no es produeixen interaccions significatives de segon i tercer ordre, en aquest cas.

En segon lloc, en la subescala que mesura problemes de tipus emocional (que entenem com una forma d'expressar el patiment determinada) és on l'efecte de la interacció de segon ordre

amb les covariables de sexe i edat és més evident i més consistent estadísticament (0.14 ± 0.04***, Taula 2). Aquest efecte és molt sòlid estadísticament. El model té un ajustament força acceptable a les dades. L'R2 d'aquest model, que en mesura el poder explicatiu, és la més elevada de totes les estudiades (0.17), de manera que podem afirmar que un 17% de la variabilitat en la puntuació en la subescala emocional de l'SDQ està explicada exclusivament pels factors inclosos en el model estadístic, és a dir el sexe, l'edat, el nivell socioeconòmic i en particular la interacció entre sexe i edat. Com veiem en la Figura 2B, i com passa amb els resultats totals del SDQ, les noies adolescents (sexe 2), en relació als nois (sexe 1) obtenen majors puntuacions en el component emocional de l'índex SDQ a mida que es fan grans. En altres paraules, aquesta divergència per sexe apareix i es fa cada cop major a mida que les adolescents es fan més grans. També apareix un efecte significatiu entre l'SDQ emocional i el NSE (-0.11 ± 0.02***), segons el qual a menor NSE major és la probabilitat de presentar problemes de tipus emocional. Aquest efecte de nou es produeix independentment de l'efecte de la resta de covariables (sexe i edat).

En tercer lloc, els models generals ens mostren una relació significativa molt consistent entre els resultats de la subescala de l'SDQ que mesura les conductes prosocials i el sexe (0.66 ± 0.05***, Taula 2). Com podem observar en la Figura 2C, les adolescents que s'autoidentifiquen com a noies en el qüestionari (sexe2) tenen més probabilitats que els nois (sexe 1) de presentar major puntuació en conducta prosocial. Aquest efecte es produeix independentment de l'efecte de la resta de covariables (edat i NSE). També apareix una relació significativa (0.07 ± 0.01***) entre edat i conducta prosocial, de manera que aquestes conductes augmenten conforme les adolescents tenen més edat. De nou, aquesta interacció es produeix independentment de l'efecte de la resta de covariables (sexe i NSE). Com veiem en la Figura 2C, la diferència entre les noies (sexe2) i els nois és especialment notòria ja en edats primerenques. No obstant això, a mesura que es fan més grans el nivell de conducta prosocial del l'SDQ augmenta de manera general. Això fa que a edats més tardanes les diferències entre nois i noies, pel que fa la conducta prosocial, siguin menors.

Per últim, pel que fa a problemàtiques de tipus conductual, també veiem una interacció significativa entre sexe i edat (0.03 ± 0.01*, Taula 2). Malgrat que és una interacció lleu estadísticament parlant, podem interpretar-la com que els nois, a l'inici de la adolescència (rang entre 13 i 15 anys), mostrarien més problemàtiques de tipus conductual que les

companyes adolescents de la mateixa edat (Figura 2D). No obstant això, a mesura que es fan més grans aquest tipus de problemes es reduirien i en tot cas serien les noies les que podrien experimentar un cert augment.

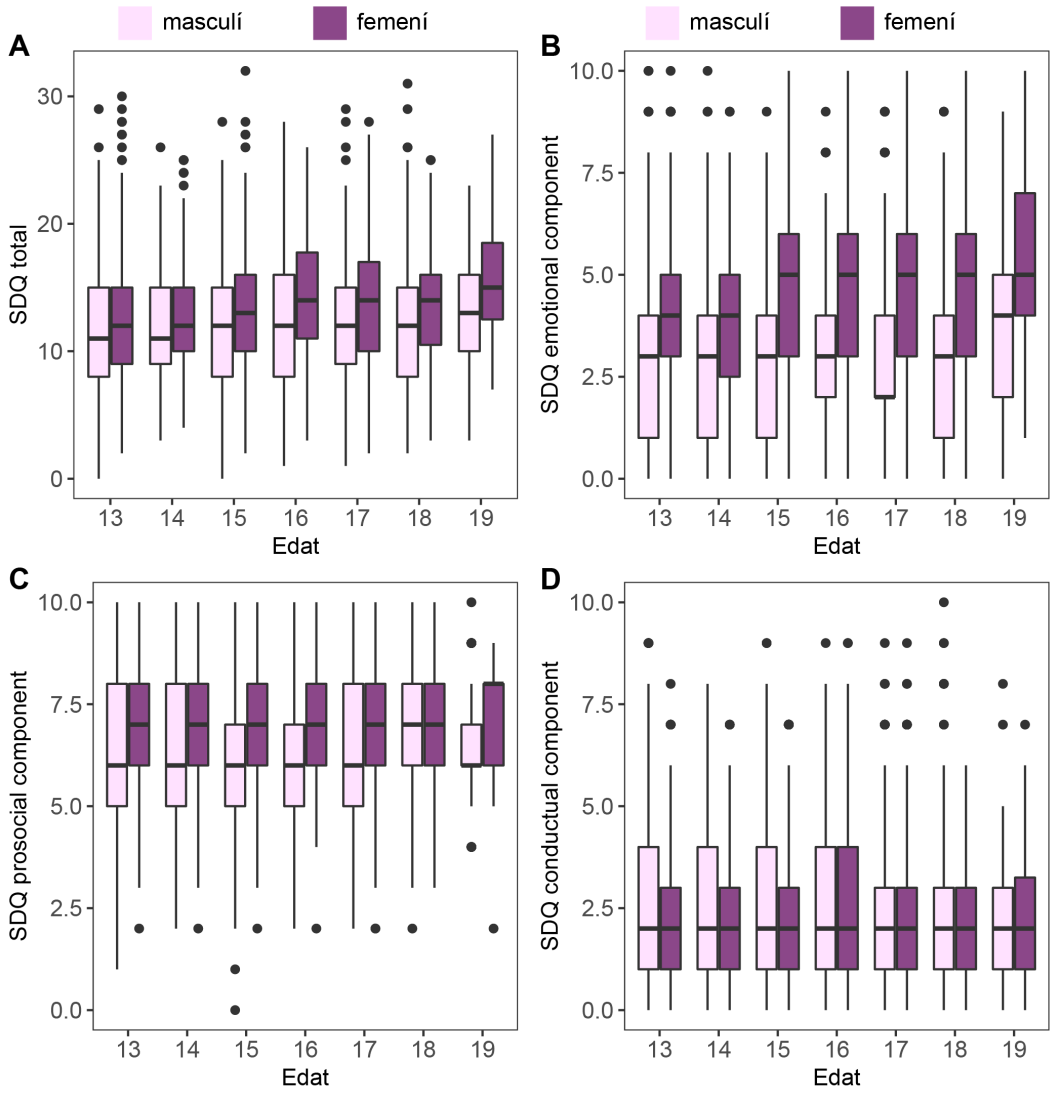



*Figura 2. A: Interacció entre SDQ total, edat i sexe /B: Interacció entre subescala SDQ emocional, edat i sexe / C: Interacció entre subescala SDQ prosocial, edat i sexe / D: Interacció entre subescala SDQ conductual, edat i sexe.*

Pel que fa als components de l'SDQ relacionats amb les problemàtiques d'hiperactivitat/ atenció i de relacions amb iguals, no vam trobar relacions estadísticament significatives ni amb el sexe, ni l'edat ni amb el nivell socioeconòmic de la unitat familiar. El fet que bona part de la població mostral obtingui puntuacions de 0 en aquestes variables dificulta molt la seva anàlisi i impedeix extreure'n conclusions.

Al realitzar un PCA amb les puntuacions obtingudes a les cinc diferents subescales del SDQ i visualitzar el resultat afegint a posteriori la variable sexe, podem confirmar les tendències generals detectades en analitzar cadascun d'aquests components per separat. Les expressions del patiment mental i les problemàtiques associades a les emocions i a la conducta dels adolescents presenten unes clares segregacions per sexe. Concretament, la probabilitat d'experimentar problemes de caire emocional està correlacionada positivament amb presentar conductes de tipus prosocial i els valors d'ambdues variables són significativament majors en les noies. Aquest biaix per sexe és evident tant als resultats presentats anteriorment, com en relació al segon eix del PCA, que captura més del 22% de la variació total (eix vertical de la Figura 3A). Efectivament, les puntuacions obtingudes per les noies en aquest segon eix també són significativament majors (Figura 3B).

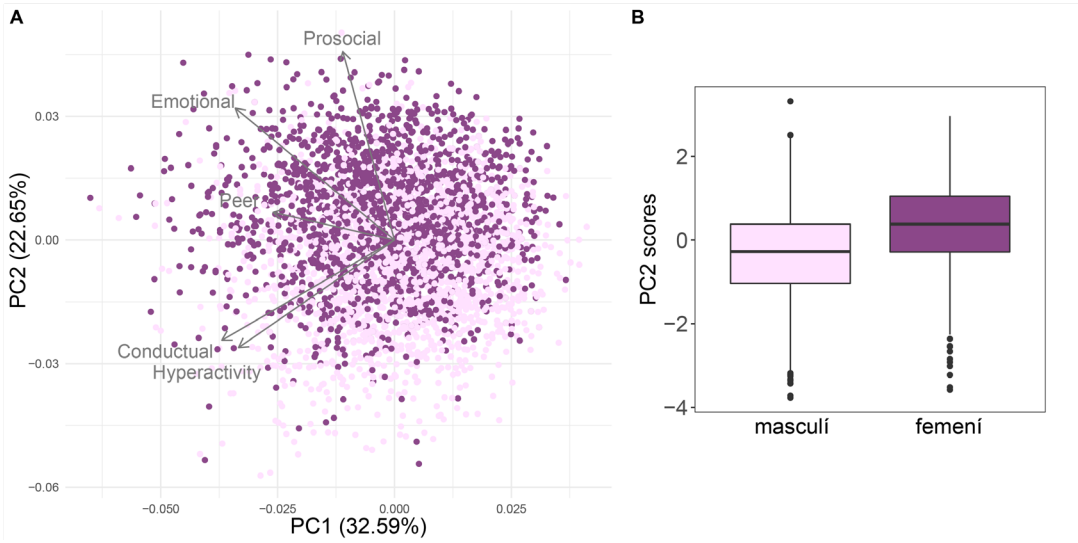



*Figura 3. A: PCA entre sexe i subescales del SDQ / B: Model lineal d'interacció entre les 5 subescales SDQ i el sexe.*

Hipòtesi 3

L'anàlisi multivariada de les dades presents en l'informe FRESC 2016 ens van permetre explorar la possibilitat de computar un IAG el càlcul del qual prescindís completament de la mateixa variable sexe. El conjunt mínim de variables que millor permetien un segregació per sexe i que per tant més probabilitats tenien d'estar associades a conductes, hàbits, pràctiques i expressions de gènere, i que van ser utilitzades per calcular un IAG *ad hoc* per a les dades del FRESC 2016 van ser: "Discriminació rebuda per orientació sexual en els últims 12 mesos", "Rigut", "Pegat", "Marginat", "Insultar", "Colpejar", "Rebutjar", "Ciberassetjament rebut", "Ciberassetjament exercit", "Exercici físic extenuant", "Exercici físic suau", "Activitat física", "Activitat extraescolar esportiva", "Activitat extraescolar artística", "Hores videoconsola entre setmana", "Hores videoconsola cap de setmana", "Hores videoconsola abans de dormir entre setmana", "Consum alcohol", "5 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió", "Orientació sexual ", "Cinturó de seguretat davant", "Cinturó de seguretat darrere", "Casc moto ", " Casc bici", "Conducció vehicle i alcohol", "Passatger/a en un cotxe en què la persona que conduïa havia consumit alcohol " i "Conducció bicicleta i alcohol".

Aquest IAG correspondria al primer eix del PCA (Figura 3A), i les variables més rellevants per ordre d'importància són: "Hores videoconsola entre setmana", "Hores videoconsola cap de setmana", "Hores videoconsola abans de dormir entre setmana", "Cinturó de seguretat davant", "Cinturó de seguretat darrere", "Orientació sexual", "Colpejar", "Rebutjar", "Rigut", "Pegat", "Marginat". Aquestes variables responen a les hores dedicades a les videoconsoles, la percepció del risc i l'ús del cinturó de seguretat quan es circula en cotxe, a l'orientació sexual i a les relacions de violència (exercida i/o rebuda) amb els/les "iguals" (*peers*), respectivament. Per tant, malgrat que són variables que ens permeten segregar per sexe i que presenten resultats divergents en funció de si són sexe 1 (nois) o sexe 2 (noies), el que estan recollint clarament té a veure amb la dimensió sociocultural, amb les pràctiques de gènere (conductes, hàbits, etc.) i l'expressió de gènere i no pas amb la dimensió biològica.

Així, valors més alts en aquest IAG equivalen a una major "adherència a la feminitat normativa", mentre que valors més baixos equivalen a una major "adherència a la masculinitat normativa", i cal fer notar que aquesta feminitat i masculinitat normativa són definides exclusivament per les respostes dels adolescents enquestats. En analitzar el

comportament d'aquest IAG amb un model lineal equivalent als realitzats anteriorment podem veure que de nou apareix una interacció significativa entre sexe i edat (Figura 3B; interacció sexe-noia amb edat: -0.12 ± 0.04, P < 0.01). Això implica que amb l'edat hi ha una certa feminització dels adolescents nois, els quals anirien adquirint patrons de conducta normativament més femenins a mida que es fan grans.

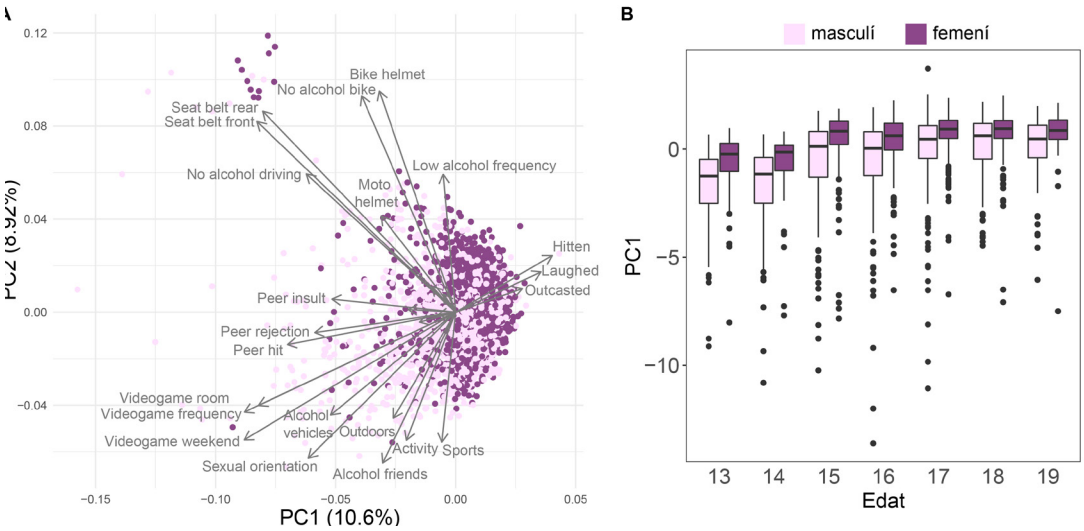



*Figura 4. A: PCA entre IAG i sexe / B: model lineal d'interacció entre IAG, sexe i edat.*

Per últim, vam reanalitzar les dades del component emocional i prosocial de l'SDQ, els qual hem vist que presenten un biaix per sexe significatiu, però en aquest cas afegint en el model saturat aquest IAG com a covariable addicional. El procés automàtic no supervisat d'avaluació de totes les combinacions possibles de paràmetres i interaccions va seleccionar 8 i 9 models per al component emocional i prosocial respectivament, equivalents en relació al seu poder explicatiu i a la seva bondat d'ajust a les dades (i. e. amb diferències menors a 2 unitats en els seus índexs AIC). En tots aquests "millors" models tant el factor sexe com la covariable corresponent a l'IAG hi estan incloses, assenyalant per tant la seva rellevància a l'hora d'explicar la variació en les puntuacions obtingudes per a la població adolescent en ambdues subescales de l'SDQ. En la taula 3 es mostren per cada component els dos models més parsimoniosos (amb menor AIC). Per al component emocional, però, l'IAG no es comporta a priori com esperaríem, en el sentit que valors majors en aquest IAG no estan associats a obtenir puntuacions majors en el component emocional de l'SDQ, sinó més

aviat al contrari, tot i que molt lleugerament. En canvi, en els dos millors models associats al component prosocial, l'IAG sí que mostra el comportament que esperaríem: els individus que més s'adhereixen a patrons de conducta normativament femenins (valors més alts a l'IAG) mostren una tendència estadísticament molt significativa a desenvolupar més conductes prosocials.

| | SDQ emotion 1 | SDQ emotion 2 | SDQ prosocial 1 | SDQ prosocial 2 |
|---|---|---|---|---|
| Intersecció | 2.00 ± 0.47*** | 2.56 ± 0.61*** | 6.44 ± 0.04*** | 5.97 ± 0.31*** |
| IAG | -0.06 ± 0.03* | -0.06 ± 0.03* | 0.11 ± 0.02*** | 0.11 ± 0.02*** |
| Sexe (Noia) | 1.77 ± 0.08*** | 0.63 ± 0.79 | 0.57 ± 0.06*** | 0.58 ± 0.06*** |
| Edat | 0.08 ± 0.03** | 0.05 ± 0.04 | -- | 0.03 ± 0.02 |
| NSE | -0.10 ± 0.03*** | -0.10 ± 0.03*** | -- | -- |
| Sexe (Noia) : Edat | -- | 0.07 ± 0.05 | -- | -- |
| AIC / $R^2$ | 11119 / 16.1 % | 11119 / 16.2% | 9634 / 6.0 % | 9633 / 6.1% |

*Taula 3. Millors models per al component emocional i prosocial del qüestionari SDQ de la població adolescent en funció de la seva adherència al gènere normatiu, el seu sexe, l'edat i el seu nivell socioeconòmic (NSE).*

## 4.2. | Discussió

L'estudi realitzat ens permet aportar dades que millorin el coneixement sobre la salut mental dels i les adolescents, la qual varia (en grau i forma d'expressió) en funció del gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic. Hem constatat també la necessitat d'incorporar eines específiques per mesurar l'adherència al gènere normatiu i les pràctiques de gènere en el camp de la salut (mental) infantojuvenil i el seu impacte sobre els processos de salut/ malaltia (patiment)/cures.

En primer lloc (H1), hem pogut corroborar que ser dona, tenir més edat (entre 13 i 19) o tenir un nivell socioeconòmic baix té un impacte negatiu sobre la salut autopercebuda i els

nivell de patiment mental o el benestar emocional (desesperació, WEMWBS i SDQ). Estudis com el de Rajmil et al. (2010), fet a Catalunya, troben la mateixa relació entre salut mental (SDQ), gènere i nivell socioeconòmic, i d'altres confirmen aquesta tendència a obtenir més puntuació (pitjor salut mental) per part de les noies també en d'altres contextos (Lacerda-Poton, Gonçalves-Soares i Gonçalves, 2018). Aquesta pitjor salut mental o patiment mental expressat en les persones socialitzades en femení podria explicar-se per molts motius, però aquí en volem proposar dos. En primer lloc, és el resultat d'un sistema social masclista i patriarcal, en què les desigualtats de gènere i les violències masclistes perjudiquen de manera especialment greu les dones, i això té un impacte sobre la seva salut mental (violències rebudes, sobrecàrrega pel que fa al treball de cures, desvalorització de tot allò associat a la femenitat, etc.). En segon lloc, té a veure, generalitzant, amb la capacitat d'expressar vulnerabilitat i aflicció per part les noies, associada a la socialització femenina, molt més desenvolupada, a nivell general, que les persones socialitzades com a homes. Com veurem tot seguit, ens estem referint en concret a una manera d'expressar el malestar basada en el que es coneix com a internalització, la qual s'associa a etiquetes diagnòstiques com la depressió i els trastorns de l'estat d'ànim.

El nostre estudi, d'altra banda, confirmaria la relació també estudiada, de manera consistent, entre edat i problemes detectats per l'SDQ. A més edat més problemes detectats per part de l'SDQ (Koskelainen, Sourander, i Vauras, 2001; Muris, Meesters i van den Berg, 2003; van Widenfelt, Goedhart, Treffers, i Goodman, 2003; Rønning, Handegaard, Sourander i Mørch, 2004; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl i Clench-Aas, 2006; Svedin i Priebe, 2008; Giannakopoulos, G., Tzavara, Dimitrakaki, Kolaitis, Rotsika, i Tountas, 2009; Yao, Zhang, Zhu, Jing, McWhinnie i Abela, 2009). Tanmateix, segons alguns estudis, independentment del gènere, els trastorns de tipus emocional[69] i la conducta prosocial creixen amb els anys, i en canvi les problemàtiques de conducta i hiperactivitat decreixen amb els anys (Stratton et al., 2014).

[69]Fem servir la nomenclatura "emocional" per referir-nos a la classificació que estableix el SDQ, però considerem que caldria discutir aquesta terminologia, atès que hi ha moltes altres formes d'expressar emocionalitat (més relacionades amb la conducta) com la ràbia, etc. que no es contemplen en aquesta categoria i calen ser estudiades com a expressió de les emocions.

En segon lloc, el gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic condicionen també les formes d'expressar el patiment o problemàtiques estudiades. A partir del nostre estudi, s'observa que les noies presenten o expressen més problemes de tipus emocional, especialment conforme augmenta l'edat. La hipòtesi que els nois expressen el seu patiment més aviat a partir de problemes de conducta no s'ha pogut confirmar, tot i que apareixen certes diferències en aquest sentit, especialment en les edats més primerenques, a partir de les quals els nois presentarien resultats més elevats en aquesta subescala (conducta) i aquesta distància disminuiria amb l'edat. Això ens podria portar a pensar que hi ha més noies que masculinitzen (en termes de gènere normatiu i hegemònic) la seva manera d'expressar el patiment que nois que la feminitzen. Amb tot, aquests resultats no són gaire contundents, estadísticament parlant, i caldria ampliar la investigació per poder afirmar-ho amb més rotunditat. Finalment, s'ha pogut corroborar la hipòtesis que les noies, com a tendència, presenten resultats més elevats pel que fa a la conducta prosocial en relació amb els nois. Aquestes diferències són significatives segons tota la mostra, però amb els anys la conducta prosocial dels nois millora i les diferències disminueixen (H2). Aquests resultats coincideixen, en part, amb altres estudis basats en l'SDQ, els quals determinen que l'efecte del mal anomenat "sexe" condiciona la forma d'expressar el patiment mental, però també marquen la tendència pel que fa a algun dels efectes anomenats protectors (conducta prosocial). Aquests resultats afirmen que les noies treuen més puntuació en problemes emocionals i conductes prosocials, i els nois en les subescales d'hiperactivitat i problemes de conducta (Muris *et al*., 2003; Hölling, Kurth, Becker i Schalck, 2008; Rajmil *et al.*. 2010; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez i Muñiz, 2011; He, Burstein, Schmitz i Merikangas, 2013; Barriuso-Lapresa, Hernando-Arizaleta i Rajmil, 2014; Duinhof, Stevens, van Dorsselaer, Monshouwer i Vollebergh, 2015). Això coincidiria amb una tendència àmpliament estudiada dels homes a externalitzar el malestar i de les dones a la seva internalització (Angold i Rutter, 1992; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley i Andrews, 1993; Crijnen, Achenbach i Verhulst, 1997; Galambos, Leadbeater i Barker, 2004; Tyson, Baffour, i DuongTran, 2010; Alpaslan, Kocak i Avci, 2016). Val a dir que en el nostre cas no trobem diferències significatives en el camp de la hiperactivitat, i poc significatives en el camp de la conducta, però sí que en trobem en els altres camps mencionats. La diferència entre nois i noies pel que fa als resultats en conductes proscocials, però sobretot la disminució d'aquestes diferències conforme nois i noies es fan més grans, també apareix en d'altres estudis europeus basats en el SDQ (com per exemple, Sourander, Koskelainen, Niemelä, Rihko, Ristkari i Lindroos, 2012).

Per últim, l'estudi també ens ha permès posar en qüestió l'operativitat de la variable sexe si no es problematitza, es defineix de manera més rigorosa o es complementa amb d'altres informacions relacionades amb les pràctiques i l'expressió de gènere (H3). En general, la literatura científica que ha estudiat la relació entre gènere i salut mental en el nostre context s'ha centrat en una major prevalença de trastorns mentals en dones (Montero *et al*., 2004), resultat com dèiem de les violències i desigualtats que pateixen. D'altres autores com Prior (2005) han posat en qüestió aquestes diferències en termes epidemiològics, preguntant-se si realment en aquesta diferència no hi ha també una patologització de la feminitat i una invisibilització dels malestars masculins com a resultat d'un coneixement psiquiàtric androcèntric. Cada vegada més autores i publicacions discuteixen la categoria sexe i la dicotomia sexe(biològic)-gènere(cultural) (Butler, 2007; Fausto-Sterling, 2000, entre d'altres), o intenten centrar les seves investigacions en alguna de les dimensions que s'engloben dins d'una idea de gènere (o fins i tot de sexe, en el nostre cas) poc definida, confusa i per tant, poc operativa. Aquestes investigacions es centren, per exemple, en la socialització de gènere (masculina) i la seva relació amb la salut (mental) (Courtenay, 2000; Sabo, 2000; Amin, Kågesten, Adebayo i Chandra-Mouli, 2018, entre d'altres). Però en general, la majoria d'estudis sobre salut i salut mental adolescent es basen en una una sola variable sexe/gènere -informació obtinguda a partir d'una sola pregunta del qüestionari-, sense elaborar una definició operativa del sexe o del gènere. En la majoria d'ocasions no sabem si parlem d'identitat de gènere o de sexe de naixement, ni quin lloc ocupen la socialització de gènere i l'expressió de gènere (pràctiques de gènere) en aquest conglomerat imprecís. En el nostre cas, i a partir de les dades que aporta l'informe FRESC (2016) sobre 3888 adolescents, hem intentat fer aquest exercici, a partir del càlcul d'un *Índex d'adherència al gènere (IAG)*.

Per dur a terme aquest exercici exploratori, el que hem fet ha estat seleccionar aquella informació que aporten les dades extretes a partir de l'informe i que segons la literatura científica estan condicionades per la socialització de gènere (a nivell percebut i/o autopercebut)[70]: existeix una relació entre gènere i la manera com l'assetjament i les violències escolars tenen lloc (Días-Aguado i Martínez, R., 2001; Díaz-Aguado, M.J., 2004, 2006; McGuire, Anderson, Toomey i Russell, 2010; Leonardi i Staley, 2015; Duque i Teixido 2016) que fa que hi hagi més nois que noies agressors (Cerezo-Ramírez, 2008; Chacón-

[70]Vegeu l'apartat 3.1.3.2 del capítol metodològic per conèixer amb més detall les variables seleccionades.

Cuberos, Martínez-Martínez, Castro-Sánchez, Espero-Garcés, Valdivia-Moral, i Zurita-Ortega, 2015). Tot i que s'estan produint canvis en quan a l'anomenada "bretxa digital" (de nou per una certa masculinització de les pràctiques femenines, podríem dir), els nois presenten una tendència a jugar més hores als videojocs que les noies (León i López, 2003; Escofet i Rubio, 2007; Diez-Gutierrez, 2007; Gil-Juarez, Feliu i Vitores González, 2010). Pel que fa el consum d'alcohol (Vazquez i Castro, 2009; Sánchez-López, Rivas-Diez i Cuéllar-Flores, 2012) i de cànnabis (Callado i Verdejo-García, 2011), també trobem tendències condicionades pel gènere que tenen com a resultat un major consum en homes. La dedicació a activitats d'oci apareix també *generitzada*, i el resultat d'aquesta socialització de gènere és que les activitats físiques i esportives són més practicades per part dels homes (Vidiella, Herraiz, Henrández, i Sancho, 2010; Chacón-Cuberos, Arufe-Giráldez, Cachón-Zagalaz, Zagalaz-Sánchez i Castro-García, 2016). Pel que fa a la selecció de variables relatives a l'ús del cinturó de seguretat per l'IAG, la podem explicar com a conseqüència de la relació existent entre masculinitat, menor percepció del risc, més ús del vehicle a motor i més conductes de risc o sinistralitat en persones socialitzades en masculí (FARAPI, 2007; Redshaw, 2008; Balkmar, 2018). I és que la relació entre cotxe, masculinitat i conducció condensen, com la resta de variables escollides, significats *genèrics* i per tant culturalment construïts.

Per últim, partim de la idea que la masculinitat hegemònica està més vinculada a l'heterosexualitat que la feminitat, o dit d'una altra manera, que la pressió que exerceix la masculinitat normativa sobre la preferència sexual dels homes (homofòbia i heterocentrisme) és més forta que per a les dones l'exercida per part de la feminitat hegemònica. Això genera que els homes expressin menys el desig (encara que sigui com a possibilitat) homosexual que les dones quan se'ls pregunta. Això és producte del fet que l'homofòbia -i l'heterocentrisme- és i ha estat un dels pilars bàsics a partir del qual es construeix la masculinitat hegemònica (Kimmel, 1994; Bonino, 2000). Per ser home no pots ni ser (identitat i desig), ni practicar (sexoafectivitat), ni semblar (expressió de gènere i *plumofòbia*) gai.

No pretenem generalitzar o explicar el cent per cent de la variació d'aquestes variables seleccionades a partir del gènere, però sí que hem seleccionat per l'IAG variables que es poden predir, parcialment, a partir del gènere. O que si més no, i segons estudis anteriors (alguns mencionats en els paràgrafs anteriors), sabem que s'hi veuen influenciades. L'IAG calculat ha resultat ser força determinant malgrat que sempre ho és menys que el sexe en termes de patiment/benestar mental. En la Taula 3 dels resultats veiem la informació

sobre la *selecció multi-model*, i hi apareixen els «millors models» seleccionats en base al seu poder explicatiu i bondat d'ajust a les dades. De manera significativa, tots inclouen l'IAG com a covariable determinant. Tot i que la variable sexe sempre és fonamental, hem pogut comprovar que malgrat tot la inclusió d'aquest IAG també augmenta moderadament el poder explicatiu dels models. I de fet, en el rànquing de variables més/menys explicatives, està fins i tot per sobre de l'edat i del nivell socioeconòmic.

Tot i que aquest IAG *ad hoc* suma, cal reconèixer que no és gaire rellevant, i de fet fins i tot presenta alguns reptes interpretatius. Per exemple, valors més alts de l'IAG, que en principi suposarien comportaments més femenins, no augmenten les puntuacions en la subescala de problemes emocionals. D'altra banda, en altres components de l'SDQ, com amb les conductes prosocials, sí que obtenim comportaments "esperables" d'aquest índex. Això és molt possiblement a causa d'interaccions més o menys complexes entre aquest IAG i altres cofactors com el NSE, l'edat o el mateix sexe. Un estudi detallat i en profunditat d'aquestes relacions latents entre variables explicatives podria millorar la nostra capacitat d'interpretació.

Probablement el nostre IAG no supera la variable sexe per dos motius principals. En primer lloc, perquè l'exercici de càlcul d'un IAG operatiu s'ha fet amb les dades crues procedents d'un qüestionari (FRESC) no dissenyat per a aquest objectiu. En segon lloc, i com explicàvem a l'inici, perquè la variable sexe (binària) manté una relació circular amb les altres dimensions del gènere. En altres paraules, el sexe de naixement condiciona l'assignació de gènere, i per tant tot l'aprenentatge social i cultural alhora conté aquestes variables en termes estadístics. Podríem dir, per tant, que actua com a part i com a tot. D'aquesta manera, els patrons de conducta o hàbits relacionats amb la socialització de gènere que tenen un impacte sobre la salut mental i les formes d'expressar el patiment es condensen dins d'una sola categoria (el sexe) i un sola pregunta del qüestionari ("Ets noi o noia?). És a dir, que quan la majoria de persones responen "soc noia" o "soc noi" , en la seva resposta estan barrejant sexe, identitat, expressió, socialització de gènere. És per aquest motiu que es necessiten eines, crear-ne de noves o redissenyar les que ja existeixen, que permetin recollir més informació sobre aquesta *caixa negra* binària que és el sexe (o gènere en altres qüestionaris), i sobre els efectes dels elements relacionats amb el gènere que construeixen el benestar mental i l'aflicció dels i les adolescents. La nostra proposta demostra per una banda la necessitat i les potencialitats analítiques que tindria utilitzar qüestionaris que permetessin recollir

més informació sobre el sexe de naixement, el gènere escollit, l'expressió de gènere i la socialització de gènere per després entendre com aquestes variables afecten o expliquen la salut mental juvenil. I per altra banda, prova la viabilitat de tal proposta, en aprofitar de manera limitada però efectiva dades preexistents, un exercici que es podria molt fàcilment millorar per poc que es disposés del finançament i del temps de reflexió adequat per implementar un conjunt de preguntes expressament orientades al càlcul d'un IAG operatiu i funcional.

Abans d'acabar volem mencionar algunes altres limitacions del nostre estudi, relacionades principalment amb l'eina del SDQ com a qüestionari a partir del qual mesurar el nivell de problemàtiques mentals i el tipus o forma d'expressió. En primer lloc, cal tenir en compte que en aquest estudi s'ha utilitzat la versió *Likert* de 3 punts de l'SDQ. Això no obstant, la literatura psicomètrica prèvia indica que un format de resposta *Likert* de 5 opcions millora la fiabilitat de les puntuacions, l'obtenció d'evidències de validesa i la satisfacció dels usuaris (Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez i Moreno, 2005; Muñiz, García-Cueto i Lozano, 2005; Lozano , García-Cueto i Muñiz, 2008;). En segon lloc, poques investigacions han estudiat la *measurement invariance* (MI) del SDQ (Rønning *et al.,* 2004; van de Looij-Jansen, Goedhart, De Wilde, Treffers, 2011, He *et al.,* 2013; Ortuño-Sierra *et al.,* 2015a; Ortuño-Sierra *et al.,* 2015b; Boe, Hysing, Skogen, Breivik, 2016), la qual mesura la capacitat de traslladar les propietats psicomètriques o fer-les generalitzables a través dels grups (gènere, país, etc.) o fins i tot a través del temps (diferents moments històrics i les condicions). Qui ho ha estudiat presenta resultats contradictoris (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana i Fonseca-Pedrero, 2018), i per tant apareixen dubtes sobre l'aplicabilitat del mateix SDQ als diferents gèneres sense fer-hi cap modificació. Per últim, el SDQ ha estat una eina molt emprada i valorada per la seva facilitat d'aplicació (Barriuso-Lepresa *et al.,* 2014), però és un qüestionari que inevitablement comporta una simplificació del patiment o les problemàtiques de salut mental de la població adolescent que caldria tenir en compte. En aquesta problematització, des del nostre punt de vista necessària, de les eines utilitzades per mesurar el patiment mental de la població adolescent per la qual apostem, cal que hi incloguem el qüestionament dels manuals diagnòstics (ICD-10, World Health Organization, 1994 i DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) que es van fer servir inicialment per crear el SDQ, els quals són si més no problemàtics com a instruments de mesura i comprensió de les situacions de patiment mental *excessiu* (Talarn *et al., 2014)*.

## 4.3. | Per concloure

Els resultats presentats aporten més coneixement sobre els nivells de patiment mental dels i les adolescents de la ciutat de Barcelona d'entre 13 i 19 anys i les formes d'expressar aquest patiment en relació a l'edat, el nivell socioeconòmic i, sobretot, el gènere. En primer lloc, i segons les dades analitzades, identificar-se com a dona, tenir més edat (entre 13 i 19 anys) o tenir un nivell socioeconòmic baix té un impacte negatiu sobre la salut autopercebuda i els nivell de patiment mental o el benestar emocional (desesperació, WEMWBS i SDQ) en relació a identificar-se com a home, tenir un nivell socioeconòmic alt o tenir menys edat (entre 13 i 19 anys). En segon lloc, hem pogut veure com el gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic condicionen també les formes d'expressar el patiment o problemàtiques estudiades. En aquest sentit, les persones que es viuen com a noia presenten o expressen més problemes de tipus emocional, especialment conforme augmenta l'edat. L'altra hipòtesi, segons la qual les persones que es viuen com a noi expressen el seu patiment majorment a partir de problemes de conducta no s'ha pogut confirmar. Finalment, s'ha confirmat la hipòtesi que les noies presenten resultats més elevats pel que fa a la conducta prosocial en relació amb els nois, entès com a factor protector davant les problemàtiques de salut mental segons l'eina SDQ. Aquestes diferències són significatives en totes les edats estudiades, però amb els anys la conducta prosocial dels nois millora i les diferències disminueixen.

En tercer i últim lloc, malgrat que l'IAG (Índex d'adherència al gènere) elaborat a partir de les variables recollides per l'informe FRESC ha estat seleccionat com a covariable rellevant en tots els models, cal destacar que també ho ha estat el factor "sexe", el qual és, amb diferència, el que major poder explicatiu aporta. De fet, anàlisis comparatives dels coeficients de determinació ($R^2$) entre models equivalents amb i sense el factor sexe i/o la covariable IAG mostren que aquest darrer índex amb prou feines afegeix un 1% de variància explicada. Per tant, observem que la variable sexe segueix sent la variable, de les analitzades, amb més poder explicatiu en termes de salut mental perquè captura tant el fet social com el biològic i tot el sistema sexe-gènere en una sola pregunta de resposta binària. I aquí hi ha el problema, en la opacitat de la variable "sexe". En aquest sentit, hem aportat dades que posen sobre la taula la necessitat d'elaborar (o aplicar) eines específiques per analitzar de manera complexa totes les dimensions del gènere (sexe, identitat, expressió de gènere, preferència sexual) i posar aquesta informació al servei dels estudis sobre salut i salut

mental de la població adolescent. Metodològicament, hem demostrat que és possible crear eines que siguin capaces de capturar la complexitat d'aquesta dimensió. Això es podria fer afegint, en els qüestionaris (de l'informe FRESC, entre d'altres) noves preguntes (en relació amb el treball reproductiu i la càrrega de cures, les relacions i afectes, les aficions, els hàbits, etc.) o escales que permetin estudiar el gènere en la seva complexitat (per exemple, la *Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI), de* Mahalik *et al*., 2003) en el camp de la salut i la salut mental.

## 5 CINC COSES QUE EM DEFINEIXEN COM A NOI

Abans d'analitzar els efectes i la influència de la masculinitat en termes de patiment psíquic segons la recerca realitzada, cal que entenguem què vol dir "ser home" en un context com el nostre. És a dir, què definiria la masculinitat hegemònica (MH) –o valors hegemònics de la masculinitat– en un context com Barcelona (o el Barcelonès) i en una època històrica com la segona dècada del segle XXI. En molts estudis sobre salut i gènere es fan referències a la masculinitat (i a la MH) donant per fetes les idees que la conformen, sense revisar si aquestes idees són vigents i culturalment aplicables al context d'estudi. En aquest capítol, recuperem l'esquema que hem fet servir a l'inici per concretar aquest camí bidireccional que pretenem fer entre l'estructura social i la dimensió subjectiva i alhora ens hauria de permetre entendre com la masculinitat hegemònica (que es construeix en la dimensió sociocultural) requereix o recorre, en última instància, a la dimensió biològica per legitimar-se i fer-se intel·ligible. En altres paraules i sense menystenir la importància d'elements que tenen a veure amb el comportament, l'expressió de gènere, etc. en la construcció de la masculinitat, en aquest capítol volem mostrar la centralitat que té la dimensió biològica i corporal (per sobre de la resta) en la construcció de la masculinitat i les seves manifestacions hegemòniques.

Spivak (1987) parlava d'"essencialisme estratègic" o "ús estratègic de l'essencialisme" com a mecanisme a partir del qual les persones subalternes generen una certa ficció d'unitat en pro d'un determinat propòsit polític. Ser dona o ser hindú són exemples d'aquesta maniobra estratègica –més o menys efectiva, en funció de la conjuntura– per l'enunciació política des d'una espècie d'unitat col·lectiva. Anys més tard Butler (1989) va criticar aquest *essencialisme operatiu* pels efectes excloents que havia tingut, segons ella, en el si dels moviments feministes:

> "[… ]la teoría feminista ha asumido la categoría de la mujer como fundamental para cualquier otra reivindicación política, sin darse cuenta de que ella genera un cierre político en la variedad de experiencias que se articulan como parte de un discurso feminista. Cuando esta categoría se considera como representativa de un conjunto de valores o disposiciones, se vuelve normativa en su carácter y, por tanto, excluyente en principio" (p.266).

Més enllà de la pertinència d'aquest debat sobre els possibles usos i limitacions de l'essencialisme des de la subalternitat, a nivell hegemònic estaria clar que el discurs biologista o essencialista és una eina fonamental per legitimar i imposar el sistema *sexegenèric*,

especialment quan aquest és posat en dubte o és qüestionat. En aquest capítol partim de la hipòtesis que en un moment històric com l'actual, en el qual determinats elements de la masculinitat hegemònica són qüestionats de manera més generalitzada, la dimensió biològica actua (com ha estat històricament) com a punt d'ancoratge de les pràctiques i la identitat masculina quan no són capaces de sostenir-se només a partir d'elements culturalment construïts. Els i les adolescents han crescut en un context en què cada vegada es posa més en dubte que hi pugui haver aficions, comportaments o habilitats masculines o femenines, com a mínim a nivell discursiu, i això ha estat conseqüència principalment d'un moviment feminista cada vegada més transversal. Les propostes teòriques socials constructivistes, feministes i, en menor mesura, els *men's studies,* i sobretot l'activisme, entès en un sentit ampli (educació, teixit associatiu, col·lectius etc.), han posat en qüestió el que vol dir *ser home*, però sense desmuntar el binarisme subjacent a la idea de gènere. Això fa que molts homes s'identifiquin com a homes però no puguin/vulguin recórrer als estereotips culturals per justificar aquesta identitat. O dit d'una altra manera, és més còmode i aparentment consistent fer servir arguments relacionats amb la biologia i les ciències naturals, vestits de neutralitat, per justificar la identitat de gènere. És en aquest context que reapareix (si alguna vegada havia deixat de ser-hi) el cos, el sexe i tot allò biològic per aportar seguretat i una certa coherència identitària, una coherència *cis-hetero-sexista* que és cada vegada més posada en dubte per cossos, sexualitats, identitats i expressions de gènere dissidents.

Parlar de reaparició d'"allò natural" és certament un error, si entenem que aquest argument pressuposa una pèrdua de centralitat o declivi previ. Això no és així, ja que el sexe i el fet biològic mai han abandonat centralitat a l'hora de definir la identitat de gènere. Simplement volem evidenciar en aquest capítol que potser des de ciències socials com l'antropologia i els estudis de gènere ens hem cregut massa ràpid allò que tot reposava en el fet cultural i que calia només desmuntar la construcció social associada al gènere per transformar les inequitats. En canvi, la realitat que observem en aquets apartat és que la biologia segueix sent el punt central, o com a mínim sempre disponible com a "inqüestionable" a l'hora de construir certa coherència identitària entre totes les dimensions associades al gènere (sexe, identitat, expressió i preferència). Com diu Missé (2018, p.45): "No existe una gran consciencia de que el género tiene que ver con una identificación porque está muy extendido que el genero es algo con lo que se nace".

Recuperant al paral·lelisme del primer capítol (*Figura 1, capítol 1*), aquest fet de recórrer a "allò natural" és molt semblant al mecanisme que es produeix en el cas del patiment mental, quan el sistema diagnòstic situa l'origen del malestar en la dimensió biològica. Aquesta operació, molt vinculada a la medicalització de la bogeria, és resultat d'un procés històric que ha passat per diferents fases pel que fa la seva etiologia[71] (degenerativa, anatòmica, simptomàtica, etc.) i que s'acaba consolidant com a *model biomèdic hegemònic* (Menéndez, 1984, 2005 i 2018). Aquesta hegemonia es construeix tot i un cert qüestionament –per part de les ciències socials o organitzacions polítiques, per exemple– de la seva validesa i efectivitat, un posicionament que assenyala l'arbitrarietat en la construcció d'entitats patològiques (trastorns i diagnòstics) i les conseqüències d'un enfocament purament biomèdic en termes de cronificació. Actualment, en el cas de la transformació del patiment en trastorn o malaltia mental, la naturalització s'expressa a través de la química cerebral, les connexions sinàptiques, o els neurotransmissors, a partir de les quals el subjecte i el seu patiment esdevenen "illa psicopatològica" (Martínez, 2005, 2007 i 2016), excloent així la dimensió sociocultural de l'equació.

A partir de la hipòtesis plantejada, i tal i com hem explicat en l'apartat metodològic, en aquest capítol presentarem els resultats i l'anàlisi de les dades obtingudes en base a la pregunta "quines cinc coses creus que et defineixen com a noi?". Començarem analitzant les respostes escrites per part de 154 nois (socialitzats com a nois i/o amb una identitat de gènere masculina) d'ESO i Batxillerat a partir de cinc grups o àmbits temàtics, ordenats de més a menys repeticions: *naturalització i dimensió biològica, comportament/actitud/oci/gustos i aficions, aparença/estètica, heterosexisme/sexualitat i identitat/identificació*. En els tres primers blocs i tenint en compte la varietat de respostes (vegeu *annex 1* per conèixer totes les respostes de manera exhaustiva), hem aglutinat les respostes en subcategories o temes que ens han permès ordenar la informació i que considerem que es refereixen a un mateix factor o característica de la masculinitat. Aquestes categories i subcategories es corresponen amb les respostes obtingudes i amb elements que, des del nostre punt de vista i en base a la literatura precedent, són centrals en la construcció de la masculinitat.

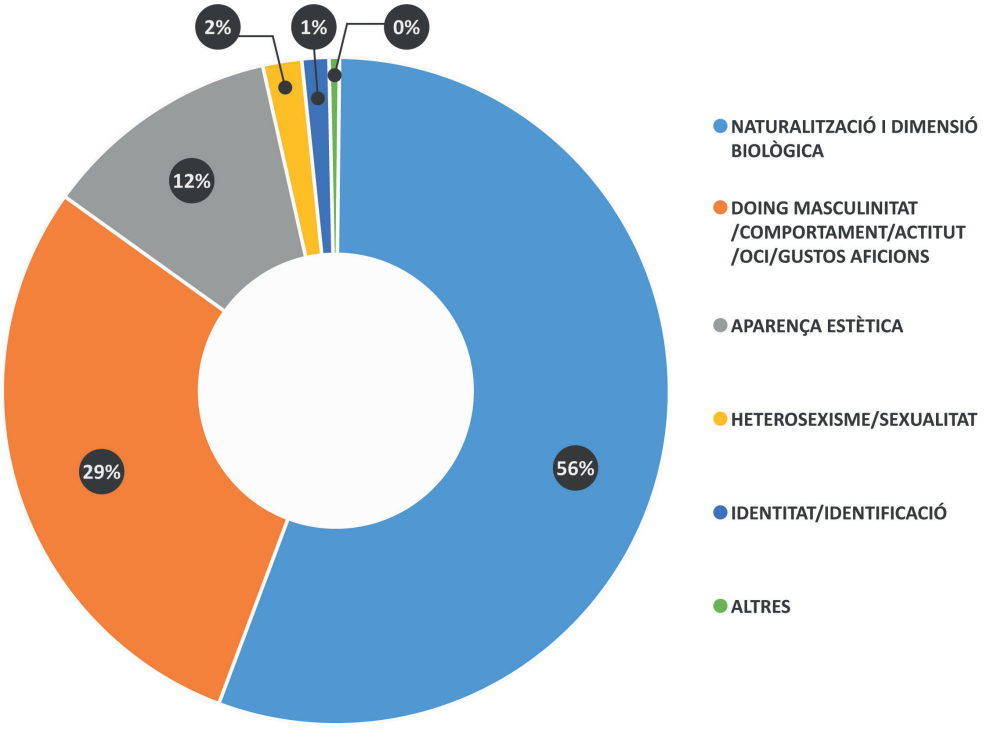
[71]Vegeu Caponi i Martínez-Hernaez (2013).

La primera part d'aquesta anàlisi que presentem és fonamentalment quantitativa i es basa en les freqüències de cada categoria o subcategoria (sobre un total de 683 respostes), però també ens interessa analitzar algunes respostes que no són rellevants a nivell de freqüència, però que ens donen informació interessant sobre la construcció de la masculinitat i el gènere (anàlisi qualitativa). En aquest sentit, en segon lloc analitzarem les respostes dels nostres informants a la mateixa pregunta, però aquesta vegada en forma de narrativa, respostes generades dins del marc d'una entrevista semiestructurada. En aquest cas, una anàlisi qualitativa de les narratives dels informants. Com hem explicat a l'apartat metodològic, la primera part es basa en respostes d'alumnat adolescent que no tenen relació aparent amb la xarxa de dispositius psiquiàtrics, i en canvi la segona part es basa en les entrevistes realitzades a nois joves *psiquiatritzats* o en contacte amb la xarxa de salut mental.

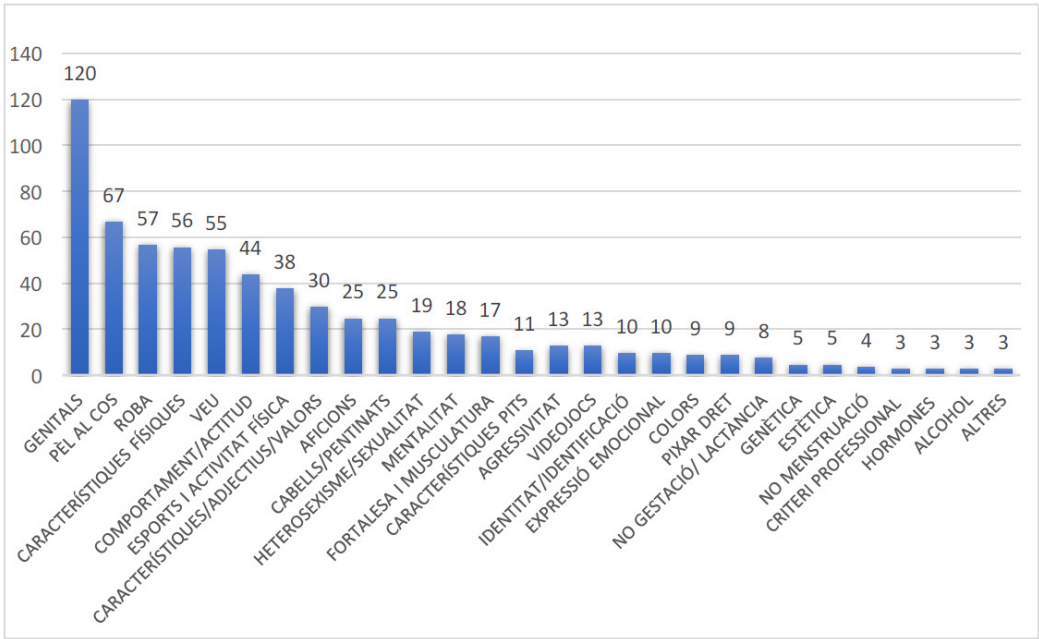
## 5.1. | Anàlisi dels resultats per categories, subcategories i freqüències

### 5.1.1. Resultats totals: elements de la masculinitat hegemònica

La distribució de les respostes i la freqüència de cada una per blocs temàtics o categories que podem veure en el *Gràfic 1* fa evident la centralitat de la dimensió natural (o naturalitzada) i biològica (genitals, característiques físiques, veu, pèl al cos, etc.) en la construcció de la masculinitat adolescent. En segon lloc, hi trobem el conjunt d'actituds, comportaments, aficions, etc. (actitud, comportament, esport i activitat física, etc.). I en tercer lloc, elements en relació a l'aparença (roba, pentinats, etc.). En menor proporció hi apareix la sexualitat heterocentrada, o la identitat/identificació. Veurem en aquest apartat bloc a bloc quines subcategories hem emprat per aglutinar les respostes, la freqüència de cada una i l'anàlisi que en fem.




*Gràfic 1: MH Adolescent. Per categories. Elaboració pròpia.*




*Gràfic 2: MH Adolescent. Repeticions per categories (totes). Elaboració pròpia.*

En aquests segon gràfic, hi podem veure les vegades que apareix cada conjunt de respostes, el qual remet a unes subcategories elaborades a partir d'un criteri de proximitat de significat. Per tant, podem observar de més a menys freqüència tots aquells elements de la masculinitat, segons les respostes dels adolescents escolars, que apareixen com a mínim tres vegades. De nou, veiem com les subcategories amb més freqüència corresponen als dos primers grups (naturalització del gènere i comportaments/actituds/característiques/gustos), i no és fins a la subcategoria número 11 que apareixen elements relatius a d'altres àmbits (categories) a partir dels quals s'expressa la masculinitat segons els participants. Aquesta gràfica ens permetria fer un llistat o dibuix de la masculinitat hegemònica, o més aviat dels elements hegemònics que conformen la masculinitat i l'*hegemonia dels homes* (Hearn, 2004) adolescents, i concretar així a què ens referim quan parlem de MH, un concepte que, des de la proposta de Connell (1987,1995), ha estat criticat per la seva manca de concreció i la indefinició (Collinson i Hearn, 1994; Hearn, 1996, 2004). Per això, amb aquest exercici volem ajudar a perfilar i analitzar els elements que la conformen. Anem categoria per categoria per analitzar quins són aquests elements i quina informació ens aporten.

### 5.1.2. Naturalització i dimensió biològica

En aquest primer apartat és on hi trobem la majoria de les respostes (un 56% respecte del total). Aquí hem inclòs totes aquelles característiques que tenen a veure amb el cos i la dimensió biològica. Són tot aquells elements que aparentment venen donats per la naturalesa i sobre els quals no interferiria la cultura, i per tant són considerats previs a les eleccions individuals. Tot seguit adjuntem un recull de les idees sorgides:

| NATURALITZACIÓ i DIMENSIÓ BIOLÒGICA | |
|---|---|
| RESPOSTES PER CATEGORIES | **REPETICIONS** |
| GENITALS | **120** |
| PÈL AL COS | **67** |
| CARACTERÍSTIQUES FÍSIQUES | **56** |
| VEU | **55** |
| FORTALESA I MUSCULATURA | **17** |
| CARACTERÍSTIQUES PITS | **11** |

| | |
|---|---|
| NO GESTACIÓ / LACTÀNCIA | **8** |
| GENÈTICA | **5** |
| NO MENSTRUACIÓ | **4** |
| CRITERI PROFESSIONAL (MÈDIC) | **3** |
| HORMONES | **3** |
| Total respostes | **349** |

*Taula 1. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la dimensió biològica i nombre de repeticions. Elaboració pròpia*[72].

Observem com el *fal·lus* o els genitals masculins (nombrat de formes molt diferents, com podeu veure a l'annex 1 ) són amb diferencia l'element que més es repeteix en les respostes analitzades. La quantitat de pèl a la cara i al cos, la veu o el físic, són altres dels elements que més apareixen. Entre els elements que tenen a veure amb el físic, hi trobem la fortalesa i la musculatura com un dels elements també importants a l'hora de certificar la masculinitat. Molts d'ells utilitzen la diferència amb el sexe femení (*No puedo embarazarme / No tenir fills / No puc / podem parir / No puc amamantar el meu fill / No tinc la regla*) per trobar les característiques físiques de la masculinitat. Aquest cos masculí associat a la biologia i al món d'allò natural és intervingut constantment com a conseqüència d'ideals culturals que s'hi associen, els quals varien en funció del moment històric i el context. Malgrat aquesta intervenció sobre el cos a través de l'activitat física, les hores al gimnàs, afaitar-se o no afaitar-se, depilar-se o no, etc., es segueix concebent el cos com una entitat natural, quelcom que, com deia Butler (2007) és *preexistent,* anterior o independent del fet cultural. El cos evidencia el fet de ser home i dona una coherència entre identitat i aparença. És per això que veurem com aquest punt està molt vinculat amb el tercer (aparença/estètica/imatge), perquè gran part de la masculinitat ha de ser intel·ligible a simple vista. Més enllà dels debats –més o menys moralistes, més o menys masclistes/sexistes– sobre què vol dir ser un home, el cos sembla plantejar-se, per als joves, com un element que és anterior a la cultura i a les eleccions individuals, i que per tant és un terreny de seguretat, d'evidència sòlida i de confirmació de la pròpia identitat. Si tot és posat en dubte sempre queda el cos; si tot falla, el sexe biològic (expressat a través dels genitals, les hormones o la genètica) certificarà sempre que s'és un home segons una concepció binarista i *cis-sexista* de la relació entre

[72]Vegeu *annex 1* per accedir a totes les respostes.

sexe-gènere, entre "biologia" i cultura. Tot i ser conscients (apareix en els debats posteriors a la realització de l'activitat) que les hormones, les característiques dels pits i els genitals poden ser actualment intervinguts i modificats en base a una elecció individual (una acció no lliure d'opressions i dificultats, tanmateix), el cos segueix sent encara avui un garant força sòlid de la identitat de gènere i la masculinitat. Un cos que també pot ser emprat de manera dissident (l'exemple *trans* potser és el més evident) o per representar simbòlicament el fracàs de la masculinitat hegemònica (cossos no musculats, cossos grassos, efectes sobre el cos de la medicació psiquiàtrica etc.).

Per tant, malgrat que aquest conjunt de 349 respostes estan fent referència a la dimensió "natural" i corporal del gènere, el fet que els genitals siguin amb diferència l'element que més apareix té a veure amb la transcendència simbòlica del *fal·*lus com a representació de la masculinitat a nivell cultural. Aquest exercici, amb les seves limitacions evidents, ens permet veure com la masculinitat s'incorpora atribuint valors subjectius, simbòlics i culturals al cos. La fortalesa, en aquest cas física, que s'expressa a través de la musculatura (molt en relació amb la *hipermasculinitat* i els cànons de bellesa masculins) i altres possibles demostracions (baralles, demostracions de virilitat a través de la força, etc.), en realitat és un bon exemple de corporalització del fet cultural i simbòlic. Prova d'això és que la fortalesa tornarà a sortir en el proper apartat sobre la dimensió de l'actitud i els valors, un exercici que fa evident la necessitat d'entendre el sistema *sexegenèric* com un contínuum entre biologia i cultura, el qual ens permet entendre la masculinitat i el *doing gender* (West i Zimmerman, 1987) com una acció o conjunt d'accions que també interfereix en el cos i allò considerat biològic.

### 5.1.3. Comportament / actitud / oci / gustos i aficions

El segon apartat aglutina totes aquelles característiques de la masculinitat que, en principi, tindrien a veure amb l'acció, amb el fer (*fent*) gènere del qual parlaven Candance i Zimmerman (1987, 2009). Malgrat que totes les categories i subcategories que presentem aquí poden ser llegides en termes de gènere performatiu o pràctiques de gènere, fins i tot allò aparentment natural o biològic com dèiem, en aquest segon bloc hem inclòs aquelles dimensions que tenen a veure amb un fer més conscient o aparentment més deliberat, elements que tenen a veure també amb la interacció, l'expressió emocional, la conducta, el caràcter i les activitats *generitzades.* En aquest bloc hi trobem un 29% de les respostes, i és on hi trobem més diversitat de respostes. Per aquest motiu, pot ser que en la categorització

es perdin matisos importants (per això en el present apartat mencionarem algunes de les respostes més rellevants en termes analítics encara que no siguin les que presentin major freqüència[73]), però per fer operativa l'anàlisi hem considerat necessari extreure les subcategories següents de les respostes dels joves:

| COMPORTAMENT / ACTITUD / OCI / GUSTOS / AFICIONS | |
|---|---|
| **RESPOSTES** | **REPETICIONS** |
| COMPORTAMENT / ACTITUD | **44** |
| ESPORTS I ACTIVITAT FÍSICA | **38** |
| CARACTERÍSTIQUES / ADJECTIUS / VALORS | **30** |
| AFICIONS | **25** |
| MENTALITAT | **18** |
| AGRESSIVITAT | **13** |
| VIDEOJOCOS | **13** |
| COLORS | **9** |
| EXPRESSIÓ EMOCIONAL | **10** |
| PIXAR DRET | **9** |
| ALCOHOL | **3** |
| ALTRES | **3** |
| **Total respostes** | **215** |

*Taula 2. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a les comportaments, actituds, oci, gustos, aficions etc. Elaboració pròpia[74].*

Tenint en compte aquesta aquest varietat (moltes opcions que es repeteixen poques vegades cada una), molt més accentuada que en la resta de blocs, podem, en primer lloc, considerar que existeix un ventall molt més ampli de maneres de *fer masculinitat*. O en altres paraules, hi ha moltes activitats o característiques que es consideren masculines i, per tant, el patró de gènere (MH) hi és, però és força flexible i permet la variabilitat. Es pot *fer masculinitat*,

[73]Vegeu *annex 1* per accedir a totes les respostes.

[74]Ídem.

segons les respostes analitzades, *pixant dret*, a partir de les pròpies *aficions* o fins i tot a partir de la *manera d'estudiar* i de *caminar*. Podem dir, per tant, que hi ha moltes maneres diferents –fins i tot contradictòries entre elles– de fer gènere i de demostrar la masculinitat. I m'atreviria a afirmar, cosa que caldria corroborar amb una anàlisi comparativa entre diferents moments històrics, que aquest ventall ha crescut notablement durant les últimes dècades, en base a una idea d'home postmodern que pot escollir el que vulgui (o quasi) i *masculinitzar-ho*. Això també ens indica que s'està produint una transformació en aquest sentit i que ens trobem en un moment de certa *elastització* dels rols i estereotips de gènere.

Els elements més repetits són les aficions / gustos (de manera especial la consola i els videojocs), la manera de pensar, el comportament (humor, impulsivitat, etc.) i l'agressivitat ("Sóc molt agressiu"). És especialment interessant com aquest procés, que podem anomenar d'*hibridació* (Demetriou, 2001) de la masculinitat –ja que presenta múltiples formes d'expressar-se i que per tant qüestiona la idea d'una sola masculinitat hegemònica– no comporta un qüestionament de les categories socials d'home o dona, sinó que més aviat reforça aquestes dues opcions a partir d'ampliar-ne l'oferta. Sí que hi ha coses que et fan menys masculí, o que fins i tot t'exclouen de la masculinitat, però la tendència, de manera exploratòria, sembla que va més en la línia d'una masculinitat que es reforça a partir de la seva diversitat. Hi ha moltes maneres de ser home, cada vegada més, però en definitiva la majoria d'aquestes múltiples opcions han de servir per afirmar i confirmar la pròpia masculinitat, aquest és el requisit. El que és evident és que la identitat de gènere estaria vinculada a l'expressió de gènere en un context d'*hibridació* o diversificació d'aquesta última. El gènere es demostra amb l'acció i és confirma *fent-lo*, no n'hi ha prou amb ser home, cal fer d'home. De fet, la majoria de persones, excepte en el cas que el seu sexe i la seva identitat de gènere no coincideixi –com és el cas de les persones trans–, no s'ha preguntat per què són homes, sinó que fan d'home (expressió) perquè va néixer home (sexe i assignació de gènere), i el mateix passa en el cas de les dones. L'expressió de gènere parla d'aquesta part externa i superficial (amb això no volem dir menys important, sinó més externa i allunyada d'allò intern i d'allò subjectiu), que ens diu si una persona s'adequa o no a les normes de gènere, i que no hauria d'anar vinculat a la identitat, però que segons els nois que han participat de l'exercici, sí que és força important per definir-la. L'expressió de gènere, en el nostre cas, la trobarem dividia entre aquest apartat i el següent (fer gènere i aparença). Amb tot això no volem dir que no hi hagi una voluntat per part de molts nois que van respondre a la pregunta de transformar les idees associades a la masculinitat, o fins i

tot una certa incomoditat, que apareix en molts dels grups, a l'hora de plantejar l'exercici, o a l'hora d'haver de definir les seves pràctiques com a masculines. A nivell discursiu, i segur que en algunes de les seves pràctiques també, hi ha molts nois que no volen reforçar els estereotips de gènere i fins i tot alguns, quan se'ls va proposar l'exercici, van expressar que l'activitat o la pregunta, tal i com està plantejada, els semblava que els podia reforçar els estereotips de gènere i ells hi estaven en contra. Això no vol dir que culturalment no segueixin existint processos de *generització* de moltes de les seves pràctiques.

Una de les activitats principals a l'hora de *fer* masculinitat, i la segona subcategoria amb més repeticions d'aquest apartat (la setena si comparem totes les subcategories dels diferents blocs) és l'esport. Com veurem en capítols posteriors, l'activitat física, i el futbol especialment, condensen molt dels ideals culturals de la masculinitat hegemònica i són espais privilegiats per a les *estratègies de masculinització* (De Martino-Bermúdez, 2013) i els rituals de masculinitat per a infants i joves. Analitzant els resultats hi trobem 38 repeticions que tenen a veure amb l'activitat física i l'esport, de les quals 32 es refereixen al futbol (*Deportes como el fúbol / A la mayoría de los chicos les gusta el fúbol / Amante del fútbol / Fer esport de contacte físic / Juegos de fuerza / Agradar-me les activitat físiques / Ver fútbol / Parlar de futbol amb els amics*, entre d'altres). Això ens porta a confirmar que el futbol té un pes simbòlic important en el camp de la masculinitat, la socialització masculina i els seus valors o atributs hegemònics, la qual cosa reforça l'opció presa de fer etnografia en una activitat de futbol en un club social, un espai que presenta moltes possibilitats en termes analítics i de comprensió de la interacció entre ambdues dimensions: patiment mental i masculinitat.

### 5.1.4. Aparença

En tercer lloc, i en ordre de rellevància quantitativa, hi trobem totes aquelles referències a l'estètica i a la imatge associades a la masculinitat, característiques que permeten que una persona sigui llegida com a home i que fan intel·ligible la identitat de gènere a partir de l'expressió de gènere (sempre en el cas que aquestes dues dimensions concordin amb el sistema *sexegenèric*). Podríem mantenir la hipòtesis que aquest apartat és especialment crucial durant l'adolescència/joventut i que ha crescut en preponderància, com a conseqüència d'un augment històric de la importància de la imatge en relació a la identitat, un augment derivat de la relació amb les xarxes socials que dona molta centralitat a la

relació *aparença-cos-subjectivitat*. De nou, per confirmar aquesta hipòtesi, caldria fer una comparativa històrica, cosa que no és l'objecte d'aquesta investigació. Tot i això, val la pena apuntar-ho. En aquest apartat, que suposa un 12% del total de les respostes, hi trobem els següents subcategories:

| APARENÇA | |
|---|---|
| **RESPOSTES** | **REPETICIONS** |
| ROBA | **57** |
| CABELLS / PENTINATS | **25** |
| ESTÈTICA | **5** |
| **Total respostes** | **87** |

*Taula 3. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a l'aparença. Elaboració pròpia*[75].

Destaquen especialment la roba o manera de vestir (57 de 87), també apareixen en 25 ocasions els cabells (curts o forma del pentinat[76]) com a elements més característics d'aquesta masculinitat *visual* (o a simple vista), la qual presenta alguns vincles importants amb el primer apartat (*Naturalització i dimensió biològica*), on la majoria de característiques es veuen a simple vista[77]. Cal tenir en compte com aquesta relació entre *aparença-cos-subjectivitat* està *generitzada* i que alhora serà fonamental per entendre moltes de les situacions d'aflicció de les noies joves/adolescents sobretot, però també dels nois. I aquí és important entendre el cos masculí com un espai també d'hibridació entre el cos *eina-escut* més associat a la masculinitat hegemònica i a la fortalesa/duresa que apareixia en el bloc anterior –com diu Guzman (2011) "El cuerpo masculino es vivido como una herramienta-escudo que no necesita, como un artefacto para demostrar osadía, valor, coraje, violencia, control y sobre todo para llevar a cabo prácticas de riesgo"– al qual se li sobreposa l'aparició

[75] Vegeu *annex 1* per accedir a totes les respostes.

[76] Una de les 25 respostes que vam recollir feia referència al "Pelo largo".

[77] Totes menys el penis, que és un dels elements fonamentals que defineix la masculinitat segons els joves a qui vam preguntar. És si més no curiós i a tenir en compte aquesta contradicció o tensió entre visibilitat/ocultació. És el que menys es veu (excepte en contextos d'intimitat o habilitats socialment per anar despullats), però el més important o evident, la qual cosa té a veure, com dèiem, amb la importància simbòlica del fal·lus en relació a la masculinitat i amb la construcció d'una sexualitat fal·locèntrica, heterosexista i basada en la reproducció.

el cos *masculí-estètic*. La masculinitat jove esdevé així objecte i subjecte de consum sense abandonar la idea de cos *eina-escut* precedent. Podríem dir que es produeix una *transacció (*Menéndez, 1984, 2018) que permet incorporar els ideals de bellesa consumistes a un cos masculí basat en la duresa i la impenetrabilitat (en tots els sentits). Com veiem en la taula 3, la importància de la roba en aquest apartat ens indica aquesta nova centralitat de l'estètica i l'aparença en les dimensions hegemòniques de la masculinitat jove.

Tot i no ser gaire representativa a nivell quantitatiu, apareix una altra idea interessant, que aparentment podria semblar contradictòria a cuidar l'estètica i l'aparença, i que té a veure amb el privilegi o la possibilitat que tenen els homes de poder anar pel món sense arreglar-se (*No me arreglo / No me peino cada día / Em dona igual com em vesteixo i com em pentino*). Això evidencia que en comparació amb les dones la pressió estètica sobre els nois és menor. Per tant, tot i aquest desplaçament de la masculinitat de tall estètic i operativa al consum i el model econòmic, segons la qual cuidar l'estètica passa a ser un valor acceptat com a masculí des de fa anys, els nois segueixen tenint més marge de maniobra, i fins i tot, en certa manera, poden masculinitzar la deixadesa a partir d'un context social que ho permet. El que ens interessa destacar aquí, com hem fet en el darrer apartat sobre hàbits i conductes de la masculinitat hegemònica segons les respostes obtingudes, és la flexibilitat i capacitat d'hibridació de la masculinitat, que és capaç de masculinitzar o incorporar dins del idea de masculinitat tant la idea de cuidar l'aparença com la idea de no cuidar-la, configurant així aquesta idea de *third espace* o bloc híbrid de la qual parlava Bhabha (1990), el qual integra idees aparentment contradictòries amb l'objectiu de donar continuïtat a la forma de relació jeràrquica. L'aparició del metrosexual –un home que cuida molt la roba que es posa, els cabells i l'estètica en definitiva–, que té lloc durant les darreres dècades, representaria aquesta forma d'hibridació de la MH, operativa al mercat, però menys restrictiva que en el cas de la feminitat, ja que un noi que no es cuida o no s'arregla (o que diu que no es cuida o no s'arregla ) pot ser estar també *fent* masculinitat, tanta com en fa un noi que dedica hores al pentinat i la roba. Reprendrem aquest tema a partir d'algunes de les narratives que veurem més endavant sobre el càstig social que rep una noia que no "s'arregla".

### 5.1.5. *Heterosexisme* i sexualitat

Malgrat que no és el grup d'elements que més ha sorgit durant l'exercici, l'heterosexualitat i l'homofòbia estan darrere de moltes de les idees que culturalment conformen les masculinitats hegemòniques i l'estratificació entre homes. Tot i que observem certes transformacions de la masculinitat com a conseqüència, en part, de les transformacions que s'han produït en termes d'imaginari col·lectiu sobre la comunitat LGTBI durant les darreres dècades, com hem vist en el primer bloc de respostes, la genitalitat segueix sent un factor clau per demostrar la masculinitat. I aquí segurament hi trobem idees relacionades amb poder penetrar i amb poder fecundar. És a dir, que existeix una interrelació entre les diferents tipologies classificatòries que estem fent servir, en aquest cas, entre naturalització del gènere i heterosexualitat. Veiem tot seguit les idees que hem aglutinat en aquest apartat (el qual respon al 2% de les respostes). Aquesta vegada, com que el nombre de respostes és menor, no s'han elaborat subcategories i exposem les respostes tal qual es van recollir. Això ens permet analitzar-les més com a narratives que en la seva dimensió quantitativa:

| HETEROSEXISME / SEXUALITAT | |
|---|---|
| **RESPOSTES** | **REPETICIONS** |
| Salir con tías / La comunicació amb noies | **2** |
| Darles placer a las tías | **1** |
| Cuando estás solo en casa, pasar difundido tías de "estoy solo en casa, ¿te vienes? | **1** |
| Gustarme las mujeres / M'agraden les noies / L'atenció a les noies / Me gustan las chicas | **5** |
| Em relaciono sexualment amb les dones i no sóc gai | **1** |
| Anar amb amics i dir-nos com de bona que està la noia que ha passat | **1** |
| Respetar a las mujeres | **1** |
| Mente sucia / la mayoría de los chicos pensamos en sexo o en porno / Pervertido | **3** |
| Ver vídeos XXX | **2** |
| Atracció sexual / Aspectes sexuals | **2** |
| *Total respostes* | ***19*** |

*Taula 4. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la sexualitat heterocèntrica. Elaboració pròpia*[78].

[78]Veure *annex 1* per accedir a totes les respostes.

D'entrada observem com l'heterosexualitat va més enllà del desig i de la preferència sexual per definir també la el gènere i la identitat de gènere. A la pregunta "què et defineix com a home?", on s'esperen característiques que tinguin a veure amb com ets o qui ets, també hi apareix *per qui* sento desig sexual, i això evidencia aquesta relació entre identitat i preferència. Quan Butler (1987, 2011, 2007) parlava de "matriu heterosexual", Adrianne Rich (1980) parlava d'"Heterosexualitat Obligatòria" o Monique Wittig (2006) de "Pensamiento heterosexual" ja es referien aquesta idea de l'heterosexualitat, no només com a desig, sinó com a organitzadora de l'estructura social i com a element que defineix la identitat de gènere. Com veiem, aquesta idea es defineix en positiu (*M'agraden les noies*), però també en negatiu (*No sóc gai*). Ser heterosexual es demostra també negant l'homosexualitat, de manera més o menys explícita, i aquesta negació acostuma a produir-se mitjançant formes d'homofòbia. L'insult de *maricón* és segurament aquell més utilitzat entre nois per assenyalar i atacar tot allò no-masculí· Com diu Kimmel (1994), aquesta és una forma de "validació homosocial[79]" que permet confirmar la pròpia masculinitat, la qual sempre es basa en la menysvaloració i l'allunyament respecte a tot allò considerat femení o homosexual. Per tant, malgrat que aquestes frases apareixen poques vegades (a nivell de freqüència), i això segurament té a veure amb el plantejament de la pregunta, la seva formulació fa evident que l'heterosexualitat, no només en termes de desig (*Gustarme las mujeres / M'agraden les noies*), sinó també a nivell performatiu i d'acció (*Salir con tías / Darles placer a las tías / Cuando estás solo en casa, pasar difundido tías de "estoy solo en casa, ¿te vienes?),* segueix sent un element fonamental de la MH adolescent-jove, sobretot si l'entenem com a conjunt de pràctiques a partir de les quals el gènere es fa i es confirma de manera quotidiana. Caldria, de nou, establir una anàlisi comparativa per confirmar o desmentir si l'homofòbia masculina ha disminuït, tal i com plantegen autors com Andersen (2009) en una visió optimista dels canvis en aquest sentit entre els homes joves universitaris, però sí que en general pot ser una tendència com a mínim a nivell discursiu. Això no vol dir que puguem encara desvincular MH d'heterosexualitat, de fet aquest és un dels seus factors més centrals encara avui.

Molt vinculat a l'*heterocentrisme*, però sobretot a la dimensió col·lectiva de la dominació patriarcal, algunes de les respostes fan evident el vincle entre heterosexualitat,

[79]Traducció pròpia.

*homosociabilitat* i violències masclistes per al manteniment de la desigualtat. Com veiem a la Taula 3, un dels nois respon que el defineix com a home *Anar amb amics i dir-nos com de bona que està la noia que ha passat.* Aquesta frase, que cal entendre en un context grupal on tots els nois de la classe es trobem responent la mateixa pregunta i després ho podran compartir amb el grup, si no ho han fet ja amb els companys del costat, exemplifica bé aquesta relació, no generalitzable, però que sí que condensa com s'articulen masculinitat, heterosexualitat i poder. També ens serveix per entendre com aquest *fer masculinitat* és eminentment col·lectiu, poques de les 683 respostes tindrien sentit si no fossin compartides i legitimades amb el grup d'iguals en algun moment.

El darrer element destacable en aquest bloc és la pornografia com a productora de masculinitat. De nou, no és un element quantitativament rellevant (5 repeticions), i això pot tenir a veure amb el context (l'activitat dins l'institut i l'horari lectiu). Tot i això, no volem deixar de mencionar el rol que juga en aquesta construcció de la MH jove. Les respostes de *Mente sucia / la mayoría de los chicos pensamos en sexo o en porno / Pervertido / Ver vídeos XXX* com a elements que defineixen la masculinitat apunten a la centralitat que segueix tenint la pornografia comercial en l'imaginari i en les pràctiques masculines, element que per tant cal incloure en aquesta breu definició de la MH adolescent en el nostre context d'estudi.

### 5.1.6. Identitat i identificació

Per acabar, trobem alguns nois, la minoria, que basen la masculinitat en l'*autodefinició* o *exodefinició*. Deu persones (un 1 per cent), diuen el següent:

| **IDENTITAT /IDENTIFICACIÓ** | |
|---|---|
| **RESPOSTES** | **REPETICIONS** |
| El meu passaport / El DNI | **2** |
| El nom / Nombre / Que el meu nom és de noi | **3** |
| Cómo me siento (Género) | **2** |
| Soy masculino /Masculí / Soy un chico | **3** |
| **Total respostes** | **10** |

*Taula 5. Respostes (ordenades per subcategories) que remeten a la identitat o identificació. Elaboració pròpia*

Recuperant la distinció que fa Terradas (2000) entre *identitat* i i*dentificació* hi trobem com la masculinitat o la identitat de gènere masculina apareix, en alguns casos, com a "identificació juridicopolítica» (*El meu passaport, El DNI i El nom*), i per tant es fa des de l'exterior del subjecte. Fins i tot i recuperant una de les respostes que hem ubicat en el primer bloc, tres dels participants responen que ser home depèn del *Metge* o *Perquè ho va dir el metge en néixer.* En aquest cas, se situa el poder de definició en l'assignació de gènere feta pels metges a partir del sexe i la genitalitat. Una minoria de nois, seguint amb la proposta de Terradas, fan referència a la masculinitat com a "identidad vívida / cultural», la qual és assumida o escollida pel subjecte. En aquest cas hi trobem respostes que tenen a veure més a amb l'expressió de gènere (*Soy masculino* o *Masculí*) i altres opcions que tenen a veure amb la identitat de gènere (*Cómo me siento* o *Soy un Chico*). Que de 683 respostes només una o dues facin referència a la identitat escollida i al verb ser faria evident –com dèiem anteriorment– que la identitat de gènere, i en aquest a cas la masculinitat, es construeix i reprodueix a partir d'altres elements que tenen més a veure amb l'expressió de gènere i la socialització de gènere que amb la identitat. El que et fa home no és una elecció o una identificació, sinó les característiques biològiques (o naturalitzades), un cos determinat, una aparença (que condensa cos i estètica) i un conjunt d'accions. Hi ha moltes maneres fer intel·ligible la masculinitat, però s'ha de demostrar constantment, fent-la visible i exercint-la, no n'hi ha prou amb un sentiment de pertinença o identitat. Ens trobem davant d'un acte performatiu, permanent i continu que pot ser presentat de maneres múltiples.

### 5.2. | Cinc coses que em defineixen com a noi: *Narratives*

En la majoria de les 15 entrevistes amb nois joves que vam realitzar es va efectuar el mateix exercici, demanant a cada informant que definís aquelles característiques personals que el definien com a home. Aquesta vegada tenien menys temps per pensar la resposta, el context era menys impersonal (que escriure en un paper, de manera anònima amb altres 10-15 persones) o més íntim, però també permetia donar més espai als matisos i les concrecions que acompanyen cada paraula o expressió.

D'entrada, molts d'ells mostraven l'estupefacció o la incomoditat davant de la pregunta, creien que no hi ha coses de nois i de noies, o que com a mínim que aquesta pregunta no

té sentit respondre-la en un moment històric com l'actual. Ells eren com eren, però això no tenia res a veure amb la masculinitat o l'aprenentatge de gènere:

> "Pero porque sea una mujer no le veo diferencia la verdad. O sea, no creo que afecte ni más ni menos, la verdad. (...) yo no he vivido como chica pero creo que sí. Que no hay ninguna diferencia. **(Ivan, 24 anys)**

Tot i que sí que s'identifiquen i s'enumeren els estereotips de masculinitat, en moltes ocasions es manifesta tot seguit el desacord amb l'estereotip i/o la dificultat per definir-se a partir d'algun d'aquests. Fins i tot apareix una resistència clara davant de la possibilitat de definir-se en base als valors d'una masculinitat hegemònica que s'identifica, però com a quelcom mancat de sentit:

> Sí, está claro, lo típico, un tío es más duro, no llora y tal. Pero eso claro es una tontería en realidad. El tío llora, el tío tiene sus problemas.. Si es más fácil o no es más fácil en tía, pues la verdad es que no. (...) Eso es una tontería si eres un chico o chico, si eres chico no tienes porqué ser más rudo... no hay cosa mejor que poder demostrar que pueden expresarse contigo (...) Que estar allí en plan "malote", en plan "qué dices, donde me vas, no llores o qué me estás contando", no sé en plan aquí no te puedes expresar es una tontería, no sé…
>
> [...] Si, porqué sinceramente no encuentro ninguna característica que me defina como hombre...Es que solo se me ocurre a lo mejor *(riu)* que me guste más el terror que el romanticismo, pero vamos que es una chorrada *(riu),* pero mujeres hay a punta pala que les guste también más el terror que el romanticismo, no lo encuentro… y además que a mí los romanticismos me gustan en la música sobre todo mucho. Eso depende, si me pones un libro de amor pues no me apetece, pero una canción de amor sí que me gusta. **(Elías, 24 anys)**

Aquesta incomoditat inicial la interpretem dues maneres. En primer lloc, i com presenta la narrativa anterior, apareix la disconformitat, la resistència, la no-identificació o el posicionament, com a mínim parcialment, contra la MH. En altres ocasions, i tal i com demostren els següents fragments (vinculats a un altre moment de l'entrevista on es parlava de desigualtats de gènere), aquestes respostes tenen a veure amb certa resistència davant dels discursos feministes o en favor de l'equitat. Amb aquest fi, en alguna ocasió, es contraposa el propi patiment i l'opressió derivada del procés d'exclusió vinculat al patiment

mental (o la classe social, en algun cas), com a forma de minimitzar la influència del gènere, les desigualtats i les violències masclistes, un exemple del que es coneix com les *olimpíades de l'opressió,* a partir de les quals s'intentaria establir qui està més oprimit/oprimida, desacreditant o menystenint les opressions que no siguin la pròpia i negant el privilegi:

> No que me perjudique a mí, pero veo mal esa desigualdad de que los hombres somos muy malos y las mujeres no hacen nada, que no apruebo tampoco lo que hace el hombre pero... pero que habría que darle la misma bola o ninguna bola a que la mujer le dé una paliza al hombre, por ejemplo, que también sucede. **(Óscar, 25 anys)**

> Mira, jo igualtat de gènere, desigualtats, mira, jo sóc home, jo he patit molt (...) desigualtats entre gènere? (…) Sí que n'hi ha, sí que n'hi ha. Jo t'ho puc dir, jo sóc home i jo trobo aquestes desigualtats, desigualtats el dir que hi ha gent que té poder adquisitiu o poder del que sigui, que té poder sobre tu i té problemes, sent dona el mateix, ets una dona la teva mare o ton pare té problemes... és que és la mateixa versió, sent dona que home, no varia, no varia, en aquest aspecte, en aquest aspecte dins el que estem parlant. **(Toni, 27 anys)**

Altres de les narratives que apareixen tenen a veure amb la *desresponsabilització* o buscar un subjecte extern que sí que representi, segons alguns dels informants, aquesta masculinitat tòxica, que interpreten que jo busco amb les meves preguntes. Per tant, existeix una masculinitat (o vàries masculinitats) hegemòniques, però les encarnen els *altres*, aquests altres són indefinits ("la gente") o definits (els adolescents d'ara):

> Por ejemplo, yo creo que todas las personas pueden jugar al fútbol, pero hay gente que ven que el fútbol es más para hombres que para mujeres, cosa que no es así (...). Tal vez hay personas que creen que el hombre tiene que ser, no sé, más hombre y que la mujer tiene que ser más mujer, no sé (...). Yo pienso que todas las personas pueden ser como quieran y no debería haber estereotipos. **(Octavi, 26 anys)**

> Yo creo que como van saliendo últimamente los críos estos, al menos los que yo veo por la calle *(riu)* en plan así de estos… sí que tiene pinta de ser en plan aquí, "no llores que eres una nena" y en plan... no sé, que se fomenta mucho últimamente con los que están saliendo (…). Sí, al menos los que veo se van como fomentando mucho, en plan el chico es el chulo "malote", ahí, la chica es su "piba", no sé... yo creo que se está fomentando mucho (…). (Antes) pasaría, pero me da la impresión que ahora se está como... tampoco lo sé seguro lógicamente, pero como que a mi me da la impresión como que se

> està fomentando mucho ahora. Que siempre habrá estado pero yo creo no sé.. yo creo que cuando yo iba a primaria no vestía de las maneras que visten muchos de los que veo de primaria, en plan ahí... chulillos y no sé... **(Elías, 24 anys)**

Més enllà dels intents de treure ferro i restar importància al patró de gènere i a com l'aprenentatge de la masculinitat hegemònica els afecta (un mecanisme que és extrapolable a d'altres joves), la majoria dels nois entrevistats sí que acaben enunciant, més o menys tard, les característiques que els fan o els defineixen com a homes. Reproduïm la següent conversa com a resposta a la pregunta que dona nom al present capítol:

> N: Pues, la barba. La barba. Un poco más de fuerza y volumen, ¿no? El miembro.
>
> *El pene, el físico, ¿pero todo es físico?*
>
> N: Y luego yo creo que somos un poco más salvajes. ¿No? Que el hombre, por ejemplo, le da, se pelea más que las mujeres, las mujeres, hay pocas mujeres que se hayan peleado en su vida y…
>
> *¿Peleas físicas dices?*
>
> N: Sí, en principio los hombres se pican rápido, las mujeres se lo toman un poco más suave.
>
> *¿ Somos más violentos?*
>
> N: Sí.
>
> *Bueno, la pregunta es un poco rara, pero ¿crees que si, por ejemplo, tu paso, tu vida, digamos en el instituto, en el centro o etc. hubiera sido diferente si hubieras sido una chica?*
>
> N: Yo creo que... igual me hubiese drogado menos, yo creo que me hubiera drogado menos.
>
> *¿Crees que los chicos nos drogamos más?*
>
> N: Yo creo que sí.
>
> *Y por qué crees eso?*
>
> N: Igual somos más viciosos.
>
> *¿Nos gusta más el vicio en general o...?*
>
> N: Sí, me imagino.
>
> *También hay un punto de demostrar, ¿no?*
>
> N: No lo sé.
>
> *La cosa esta de hasta... de demostrar que eres... ponerte al límite un poco.*
>
> N: Yo me acuerdo que nos picábamos bebiendo también.

> *Esto tipo de cosas, o sea, ¿de a ver quien bebía más?*
>
> N: También.
>
> ¿Y esto es una cosa de chicos?
>
> N: Igual de chicas también, yo qué sé. **(Néstor, 25 años)**

Com passava en l'anàlisi quantitativa de les respostes que hem fet al primer apart del capítol, passem de la dimensió corporal, biològica i física (com a quelcom extern a la pròpia voluntat o com a quelcom que ve donat) a l'acció i el *doing* gènere a través de la violència i drogar-se. Aquestes característiques de la masculinitat, i des d'una perspectiva relacional, es confirmen a partir de confrontar-les o comparar-les amb les dones o les pràctiques femenines. La masculinitat i la feminitat s'essencialitzen però fent referència de manera menys directa al cos i amb un discurs compatible amb el de la igualtat de drets. El fragment següent ho il·lustra molt clarament:

> I podem ser tan diferents com vulguem, com més diferents penso jo, més originals, però això no significa que ens retallin drets, drets socials siguis home o dona, hem de tindre els mateixos drets, ho penso jo així però sí que no som iguals, no som iguals. Les dones, no és que pensin diferent, però jo crec que sí, entre homes i dones tenim altres ambicions, tenim ambicions diferents vulguem o no (...). Els homes han d'estar segurs , i les dones com t'he dit abans, per mi i segons el que entenc, encara que estigui *retrassat* i digui que tinguin els mateixos drets però estigui equivocat, doncs les dones han de ser més *fèmines*. I quan dic *fèmines* vull dir més, més amables, més amoroses. Una altra convicció tenen les dones, a veure, tenim els mateixos drets però tenen un altre pensament, som home i dona, no som iguals. **(Toni, 27 anys)**

En el cas de les narratives, per això, l'accent en la definició de la masculinitat canvia totalment de sentit. La dimensió biològica –naturalitzada/essencialitzada– passa a ser perifèrica, bé sigui perquè és dona per fet ("som iguals de drets però diferents, jo tinc *rabo*, jo tinc *rabo*..." diu el Toni), bé sigui perquè altres elements prenen la centralitat quant a la definició de la masculinitat. A diferència del que passava en les respostes dels escolars adolescents, en aquest cas només dos dels informants fan referència a la genitalitat. L'expressió de gènere, molt vinculada al rol social i al *fer* gènere, passen a ser centrals en aquest cas. Això podria tenir a veure amb l'edat dels informants o amb el mitjà a partir del qual es respon la

pregunta (entrevista individual en comptes de per escrit i davant del grup). En tot cas, en aquest capítol ens interessa destacar quines són aquelles idees o atributs que tenen més pes i més presència a l'hora de fer intel·ligible la masculinitat i que permeten donar certa coherència a la identitat de gènere masculina segons els nostres informants, els quals tenen en comú la socialització masculina, la identitat de gènere, l'edat i haver patit processos de psiquiatrització. El gènere i la masculinitat, en aquest cas i segons la seva identitat viscuda (Terradas, 2000), es configurarien a partir d'alguns dels elements següents:

### Fútbol, esport i activitat física

> (Me defino como) una persona que tiene paciencia, una persona a la que le gusta el fútbol (*riu*), una persona que... bueno, competitiva, pero deportivamente, también una... un persona con sentimientos, malos y buenos y... una persona que se esfuerza pero que a la vez es vaga (…). Pero bueno, me resulta curioso, que es verdad que en CS estamos, en la actividad de fútbol es muy evidente, en otras actividades no tanto, pero sí que hay muchos más chicos que chicas, ¿no? (….) Sí, en el futbol sí, por lo general lo juegan más chicos que chicas... **(Octavi, 26 anys)**

> Supongo que por ser fútbol quizás juega más el hombre. Siempre. (...) Bueno, hay que el estereotipo de que los hombres… sí. Sí, bueno hay de todo, a cada uno le puede gustar, sí le gusta pero es más fácil que le guste a un chico el fútbol que a una chica, de media, hay de todo claro. **(Ivan, 24 anys)**

### Competitivitat, violència i dominació

> Y respeto al hombre pues pienso que es más dominante, tiende a ser más dominante, sobre todo en parte de la salud mental, porque, como ya he dicho antes, las relaciones sociales hacen que la gente agrave sus dificultades sociales y con una persona tiende a ... (…) rivalizar con otro hombre. Con una chica se vive diferente, y son más territoriales quizás. He visto más de un caso en el que recurren a las amenazas y eso ya es una conducta que es digna de recibir tratamiento, porque la conducta violenta o la conducta agresiva no tendría que ser tolerada, por nadie, ni por una mujer, ni por un hombre... igual que a los hombres que les gusta mucho el deporte, le gusta mucho el competir. **(Tomás, 33 años)**

> Sí, porque, o sea, porque yo creo que el hombre tiene que, bueno yo digo porque lo que a mí me han enseñado, más o menos, de que el hombre como que, de llevar una familia, ¿no?, o sea, llevar, si tiene una chica, una novia, pues intentar como ser el que lleve las riendas, o sea, ¿sabes?. **(Nicolás, 26 anys)**

> Octavi: El mundo de los chicos es más competitivo. En el fútbol tienes que ser el mejor. Entre ellas no es así.
>
> Toni: Entre ellas la competitividad es por ser la más guapa. La más femenina.
>
> O: Vale, pues son competitivas pero de otra manera. Hay una frase que es «yo soy más hombre que tu, no hay una frase igual para las mujeres. **(Grup focal amb joves 24-35 anys. 22.05.2015)**

### Autosuficiència, responsabilitat i seguretat

> Autosuficiència... quines preguntes més difícils eh tio... Autosuficiència per exemple una, ja en porto una, són cinc (…). A veure, autosuficiència, responsabilitat i seguretat. Autosuficiència, responsabilitat i seguretat. Que són tres coses que no tinc. Podria dir-te'n més però ara m'han sortir aquestes.(…) Autonomia de dir, de dir, d'haver format una família, aquest és un problema que... *bueno*, un problema, unes coses que m'agradaria com a home pare de família, no?, això és el que em definiria com un home (...) Ser autosuficient, autosuficient… Econòmicament i de tot, en tots els aspectes, econòmicament evident, però en tots els aspectes, com a home jo considero que un home per ser home ha de ser autosuficient i ha d'estar segur de si mateix. Dues condiciones bàsiques que, que hauria de tindre per mi un home. (**Toni, 27 anys)**

Aquesta autosuficiència i aquesta seguretat apareix molt vinculada al treball productiu i al projecte laboral:

> Home, si pogués escollir, m'agradaria tenir una feina estable i ser pare de família... sí, sí, sí. (....)
>
> Un seny, una seguretat, per mi això és un home, un home segur. Jo crec que dona molts punts, i després hi ha l'autonomia, autosuficiència que pugui tindre aquest home davant de la societat, la feina, per exemple. **(Toni, 27 anys).**

> […] el tema desamor y estas cosas parece que las chicas lo sufren más que los chicos. Y a los chicos tal vez más en el ámbito profesional. **(Octavi, 26 anys)**

Aquestes característiques en algunes de les entrevistes i durant el treball de camp apareixen en negatiu, com a atributs de la masculinitat que un no posseeix i que el situa fora de la masculinitat exitosa, introduint aquesta idea de masculinitat *fracassada* o masculinitat

*in(habitable)* que serà central en tota l'etnografia i en tots els itineraris protagonitzats per nois *psiquiatritzats*. Així passa en aquest cas i en el del Toni amb la *inseguretat* com a representació del *contra-ideal* de masculinitat hegemònic assumit i representat per un mateix:

> Inseguro, sería una, por ejemplo, no van a ser muy agradables las que me salgan, pero bueno. Negativo, ¿qué más?... es que esto me cuesta, esto me cuesta. Negativo, inseguro, perfeccionista quizás, a veces (*riu*), depende, no sé, a veces. Me dice que sí, pero bueno... Puedo decir alguna más bien positivo (...) Fiel. Fiel a las personas que me quieren y yo quiero soy fiel, les soy leal. Por ejemplo... Llevo 4, ¿no? (*Riu*) Otra.. pues... bueno, podría decirla también, probablemente soy.. a ver cómo me sale... Empático. Podría ser. Por no poder todas negativas. Hombre, a mí eso no me lo han dicho nunca creo. **(Elías, 24 años)**

Aquesta seguretat personal associada a la MH que es tradueix en inseguretat en el seu cas, apareix vinculada a la idea de pràctiques heterosexuals, parella, paternitat i família nuclear, totes elles com a forma d'assolir un *status* de normalitat masculina:

> No, a veure, parlant de la persona en qui estic pensant i parlant, quedem, jo quedo amb una noia, aquesta de qui estic parlant, és una noia que té molts problemes i ens estimem *un rato* (...). Jo estic parlant d'una relació que tinc amb una noia que té problemes mentals com jo i que la relació ja en si és difícil, la relació és difícil, i jo no em vull fer el ... aquí que m'estàs fent tu l'entrevista i em vull fer el milhomes però sóc jo el que fica la pauta, en aquest sentit, jo quan quedo amb ella faig l'*hombria*, surt la meva seguretat. **(Toni, 27 anys)**

> […](a los hombres) les gusta mucho tener pareja y vacilar de "oohh, he estado con fulanita y menganita y la otra" y entonces esto es lo que, el competir, que las chicas no hacen lo mismo con las parejas porque no compiten por "cuantos novios he tenido que he tenido muchísimos", no dicen eso. **(Tomás, 33 anys)**

> Pues me gustaría tener una novia, unos hijos, un perro, una casa, un coche, una moto...un yate. **(Néstor, 25 anys)**

**Duresa i expressió emocional**

> Sí, puede ser que los hombres siempre intenten ser más duros de lo que son…**(Octavi, 26 anys)**

> Exacte! Mira, aquesta no m'ha sortit, valors d'home; valent, fort, capaç, seguretat...**(Toni, 27 anys)**

> Uffff, claro, depende de… es muy dependiendo, es que yo lo único que se me ocurre es que es dependiendo de la persona, pero a lo mejor, en cómputos globales, a lo mejor por norma sí que tienen más facilidad entre ellas en expresarse, según, en cuanto a las emociones, que un grupo de chicos... (…) Porque yo soy un chico y yo facilidad para hablar de emociones la tengo perfectamente y tú eres otro chico. No tengo problemas. No sé decirte muy bien, a lo mejor, generalizando no sé...**(Elías, 24 anys)**

## 5.3. | Anàlisi: per una masculinitat hegemònica situada

Com apuntàvem a l'inici, una de les crítiques principals al concepte de masculinitat hegemònica, i com aquesta s'ha emprat, sorgeix de la seva ambigüitat o excessiva ambició a l'hora de descriure els comportaments, actituds i valors associats a la masculinitat. Aquestes crítiques, com la que plantegen Wetherell i Edley (1999), defensen que el concepte no és capaç de definir la masculinitat hegemònica a nivell pràctic. Whitehead (1998, 2002) afegeix que existeix certa confusió sobre les característiques de la masculinitat a les quals ens estem referint quan parlem de MH. Aquest capítol pretén ser una resposta parcial a l'esmentada ambigüitat, però també pretén incorporar dues de les altres crítiques principals que s'han fet al concepte (Connell i Messerschmidt 2005). La dificultat que té la MH per reïficar-se o concretar-se en forma de valors i idees, d'una banda, i la poca presència de la subjectivitat en les seves anàlisis, de l'altra. Per això, no pretenem definir quins són aquells aspectes que defineixen la masculinitat en genèric (dependrà del context, la classe social, l'origen, etc.) sinó *situar* –parafrasejant Donna Haraway, 1995– la masculinitat en el nostre context (jove, durant la segona dècada del s. XXI, a Barcelona i en relació al patiment mental), per veure així quins són aquells elements més característics i que tenen més pes en aquesta construcció cultural, i que per tant tindran més rellevància en els itineraris de s/m(p)/c d'atenció dels nois amb patiment mental. Per fer-ho ens centrarem en les transformacions històriques que han modificat la idea de masculinitat en el nostre context durant els darrers anys i que confirmarien la seva capacitat d'adaptació i *hibridació*.

Com hem plantejat, les masculinitats híbrides (Bridges 2014; Bridges i Pascoe 2014) emergeixen com un concepte que pretén trencar amb la dicotomia o la polarització plantejada entre els dos extrems que representen els conceptes de masculinitat hegemònica i la masculinitat inclusiva. La masculinitat hegemònica s'ha entès, en moltes ocasions, com un ideal cultural[80] de masculinitat totalment jerarquitzat, estàtic i associat a la dominació (Carrigan *et al.,* 1985; Connell 1987, 1992, 1995; Connell i Messerschmidt 2005). A l'altre extrem hi trobem la masculinitat inclusiva, aquella on els homes (sobretot benestants) haurien canviat els seus patrons de relació i les seves pràctiques per relacions més equitatives i menys homòfobes (Anderson 2008, 2009, 2011; Anderson i McGuire 2010). La masculinitat híbrida, en canvi es centra en les maneres en què certs homes, típicament privilegiats, joves, blancs i normatius es distancien discursivament de la masculinitat hegemònica i incorporen selectivament elements de masculinitats i / o feminitats marginades en les seves identitats i expressions de gènere (Bridges 2010, 2014; Bridges i Pascoe 2014; Lamont, 2015; Messner 2007; Pfaffendorf 2017), una idea molt propera al que s'ha (mal) anomenat *nova* o *noves masculinitats* en el nostre context.

En aquest procés d'hibridació, hi ha segments, idees i pràctiques associades a la masculinitat que s'han pogut modificar i algunes que pràcticament no s'han mogut. Segurament la pregunta interessant és per què ha passat això i què ha fet que els canvis es produeixin més en uns àmbits que en uns altres. La proposta d'aquest tema és que només s'han modificat aquells aspectes de la masculinitat hegemònica menys associats al poder i que aquesta flexibilització –o fins i tot certa indefinició– és una part essencial de la seva condició hegemònica, proposta que encaixaria també amb les conclusions de Munsch i Gruys (2018) sobre la masculinitat contemporània en els contextos occidentals. Munsch i Gruys, a partir de les "emasculation narratives" (narratives d'homes joves privilegiats quan la seva masculinitat és posada en risc o qüestionada) expliquen quins són els elements que els homes joves privilegiats que participen del seu estudi senten amenaçats per mor dels canvis en el sistema de gènere. En aquests elements i processos serveixen per explicar com els grups dominants, com els homes amb privilegis, són capaços de performar una masculinitat canviant per tal de mantenir els seus privilegis.

[80]En el context dels països occidentals, associat a l'home blanc, cis, heterosexual, ric, homofòbic, misogin, estoic i que assumeix riscos (Anderson 2009; Donaldson 1993; Kimmel 1994; Schrock i Schwalbe 2009).

En un altre àmbit, però teòricament molt il·lustratiu per allò que volem explicar, Menéndez (1984) fa servir el concepte de *transacció* per analitzar les relacions entre model (mèdic en el seu cas) hegemònic i les alternatives que hi ha. En el camp mèdic, i posant com exemple el context mexicà i les formes d'*autoatenció* a l'alcoholisme, Menéndez analitza com el model hegemònic incorpora o s'apropia de pràctiques dels models alternatius i de les classes subalternes per a la perpetuació de la seva hegemonia. Fent l'analogia amb la classe social i segons l'autor, no existiria una categoria estàtica de classe o unes classes independents de les "relacions i les lluites històriques". És per tant en aquesta relació –apropiacions, resistències, lluites, o *transaccions* en genèric–- entre hegemonia i subalternitat on es construeix la dominació, sense la necessitat de la coerció (només necessària en determinades ocasions) i en base a la internalització del model cultural. Una concepció molt *gramsicana* del poder, d'altra banda, el qual incorpora i transforma allò que necessita per mantenir-se.

Per entendre aquest model de masculinitat híbrida i contemporani ens basarem en les dades presentades i en tres línies d'anàlisi. En primer lloc, ens referirem les transformacions que s'han produït pel que fa la perifèria o elements més superficials (més allunyats del poder) de la masculinitat i les continuïtats pel que fa al centre o nucli de la masculinitat. En segon lloc, en el paper de la "natura" durant l'adolescència –tot i que no només– per aconseguir una coherència i intel·ligibilitat masculina en un context on l'hegemonia és posada en dubte. En tercer lloc i últim, analitzaré com durant la joventut i adultesa incipient (24-33 anys) perden pes els factors biològics per apropar-se més a elements nuclears del model de masculinitat (adulta) i hegemònica, centrada en *fer* gènere o gènere performatiu. En aquest últim cas, i com veurem en els següents capítols, això podria accentuar-se a causa de l'exclusió dels nois amb patiment mental d'aquest nucli (de poder) de la masculinitat hegemònica.

### 5.3.1. Masculinitats híbrides: centre estàtic i perifèria dinàmica

En base a les narratives analitzades, semblaria evident que ens els darrers anys la idea que hi ha una part de la masculinitat que és apresa, és tòxica (per a l'entorn i per a la mateixa persona) i és modificable s'ha estès en molts sectors de la població. Com a mínim, hi ha determinades idees que molts homes (persones socialitzades com a tal) es pensen abans de dir-les, o com a mínim, valoren si el context ho acceptarà abans de dir-les. Això, si més no, vol dir que s'ha produït un qüestionament evident la masculinitat hegemònica, i sigui la reacció

que sigui davant d'aquesta impugnació (neomasclisme/masculinisme, revisió personal o negació/minimització), se sap que alguns dels seus valors són problemàtics a l'hora de fer-los servir per definir la pròpia masculinitat. Això fa que en les diferents narratives s'identifiquin els estereotips de masculinitat, hi hagi posicionaments en contra i es facin evidents determinades transformacions. Per posar alguns exemples, això passa en camps com el de l'expressió emocional, les formes de relació sexoafectiva –dins de l'heterosexualitat– i l'aparença o expressió de gènere (en part). Aquí hi podríem afegir, tot i que pràcticament no apareix en les dades recollides, una idea de paternitat més present o més "responsable", la qual, com a mínim en termes de discurs, és cada vegada més present. Que aquesta no aparegui pot tenir a veure amb l'edat o amb la incompatibilitat, culturalment creada, entre paternitat i diagnòstic de trastorn mental. En aquestes dimensions, que algunes autores i autors anomenen *soft masculinity* (Heath, 2003; Holyoake, 2002), la masculinitat s'ha transformat i s'ha flexibilitat. La *masculinitat híbrida* reconeix –com a mínim a nivell de discurs– que no hi ha activitats de nois i de noies, que els estereotips són absurds, s'expressa emocionalment i reconeix diversitat de formes de relació sexoafectives (tot i que apareix una relació jeràrquica entre parella estable i la resta de models, heterosexualitat i la resta de preferències sexuals). En canvi, és en tot allò que associem a la *hard masculinity* (Breu, 2005; Malin, 2010; Ogdon, 1992) on resideix el poder i on la masculinitat no es pot permetre cedir tant. Són aquestes dimensions de la masculinitat que Munsch i Gruys (2018) anomenen *barreres simbòliques de la masculinitat*[81], les quals, si es transformessin, suposaria que la masculinitat (i els seus privilegis) serien posats en risc. Segons les narratives analitzades, m'estic referint a la feina (món productiu) i l'autosuficiència (molt vinculada a la il·lusió o ideal d'invulnerabilitat), la competitivitat i la dominació. Podríem afegir aquí moltes altres idees, que no apareix en les narratives, l'espai públic, el poder polític, etc..., àrees intocables perquè queden protegides per les *barreres simbòliques* de la masculinitat. En el cas de la *hard masculinity*, segons la nostra anàlisi, és on podem parlar més de continuïtat que de transformació.

[81]Traducció pròpia.

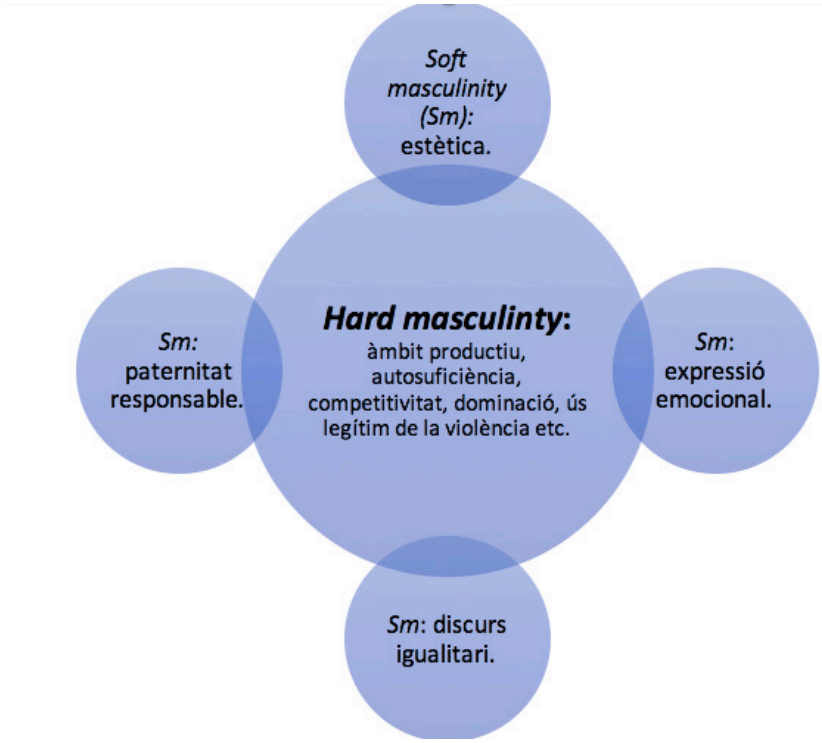



*Figura 1. Centre de la masculinitat rígid i perifèria en transformació. Elaboració pròpia.*

Per tant, la masculinitat hegemònica híbrida es centraria en aquesta combinació entre un centre rígid, del qual els individus poden quedar exclosos, i una preferia més elàstica (*Figura 2*), però això no equival a una flexibilització del model, sinó a un funcionament jeràrquic a l'intern de la masculinitat i a la seva capacitat d'adaptació històrica. Per exemplificar-ho podem parlar de la importància que segueix tenint la dimensió productiva i la relació entre ocupació i masculinitat tot i transformacions profundes del món laboral de les darrers dècades (crisi del 2008) o tot i l'expulsió del mercat laboral de molts nois amb patiment mental de manera crònica. Per tant, segons la nostra anàlisi, seria en la perifèria, menys determinant per l'acumulació de poder i capital (social, econòmica i cultural), on s'estan produint les modificacions més importants en termes de masculinitat hegemònica i culturalment acceptada.

### 5.3.2. Naturalització del gènere per una masculinitat intel·ligible

En segon lloc, i segons els resultats presentats en aquest capítol, segueix sent central el pes que té la biologia –o fins i tot diria tot allò relacionat amb el cos– en termes de construcció identitària. *Sóc home perquè es veu que ho sóc*: roba, físic, veu, barba, penis, etc. Que això passi molt més en els resultats que obtenim de la pregunta feta a adolescents que de la pregunta feta a joves ens porta a interpretar els resultats en base a dues possibilitats. D'entrada, podem pensar que com més fràgil i primerenca és la construcció identitària del gènere més es necessita recórrer a una dimensió naturalitzada (cos) per reforçar-ne la coherència. En un moment com l'adolescència, on la identitat es troba en procés de construcció o com a mínim no està tan fixada com durant l'adultesa, la identitat de gènere és fonamental en aquest procés, pel pes que culturalment té. Les tesis constructivistes i els feminismes de la segona meitat del segle XX posen en qüestió que el gènere depengui del fet biològic i qüestionen les formes hegemòniques de ser home o dona. Si ens centrem en el cas dels homes, aquest procés es du a terme de manera molt confusa, ja que apareix un discurs que critica aquelles formes de masculinitat violentes i dominants i alhora es segueix erotitzant, valorant i visibilitzant un model que les reprodueix. En aquest context de transformació, confusió i missatges contradictoris, la identitat masculina veu posat en dubte un dels seus punts d'ancoratge fonamentals, l'expressió de gènere (ara ens hi referirem tot seguit) masculina, o si més no alguns dels elements que la conformen es veuen poc consistents o contradiccions a l'hora de dir "això em defineix amb home". En altres paraules, sóc home perquè m'agrada el futbol és difícilment un argument suficient.

Per tant, tenim un model de gènere essencialista, *binarista* i molt rígid (especialment pel que fa al model de masculinitat), però uns elements que permeten construir la identitat molt poc consistents, des del nostre punt de vista, perquè el gènere no és altra cosa que una ficció performativa. En aquest context, la "biologia" o la naturalització del cos (repetim que depilar-se o la musculatura depèn d'una intervenció cultural del cos, no de la biologia com a entitat autònoma) es manté –i en alguns casos reapareix– com a element que dona seguretat, coherència i intel·ligibilitat a la identitat de gènere, en aquest cas a la masculina. D'aquesta manera, podem dir que la relació entre expressió de gènere (*com em mostro, qu*è *faig, com parlo, a qu*è *jugo, quins són els meus gustos,* etc.) i la identitat de gènere (*qui sóc, com em defineixo*) esdevindria absurda si el món no estigués dividit en masculí/femení; *com defineixo que sóc home si no hi ha coses d'home?* Amb això no vull dir que històricament

estiguem en aquest punt, sinó que a l'hora de respondre a la pregunta *què em defineix com a home*, si he integrat (discursivament) que no hi ha coses d'home, ni de dona, he de recórrer a allò que es considera "natural" o "biològic".

D'altra banda, tot i que no és objecte de la nostra anàlisi, dèiem que no podem passar per alt com la importància de la imatge ha crescut notablement amb l'aparició de les xarxes socials. Si haguéssim de marcar quin dels sentits és hegemònic actualment, estaríem d'acord que és la vista. Això fa que tot allò relacionat amb l'estètica sigui central en termes de performativitat de gènere[82]. La masculinitat i la feminitat s'han de poder distingir a simple vista. Això té un impacte molt notori sobre el cos en general, però especialment sobre el cos adolescent, el qual sempre es trobarà en tensió entre una entitat natural, sobre la qual no podem intervenir, que ve donada *naturalment* (són els gens, són les hormones, és la constitució etc.), i un camp per a la intervenció constant (alimentació, activitat física, depilació, maquillatge, operacions estètiques, reassignació genital, etc.) que depèn, segons el model neoliberal de construcció del *self*, de decisions estrictament individuals. Una tensió que, tal i com veiem en la *Figura 1*, també està molt present en el camp del patiment mental, en aquest cas una tensió entre la genètica i la química que desresponabiltza i la força de voluntat o la responsabilitat necessària per sortir de la depressió –per exemple– que culpabilitza l'individu. El cos serà per tant un element fonamental per entendre aquesta masculinitat adolescent i jove i la importància que té en termes d'intel·ligibilitat masculina.

### 5.3.3. Masculinitat jove *adultitzada*

Hem aglutinat totes aquelles característiques de la masculinitat que tenen a veure amb fer i amb l'acció (comportaments, aficions, caràcter, etc.) sota l'etiqueta de *fer* gènere. Així com fer gènere també es tallar-se els cabells curts o expressar desitjos heterosexuals, i quasi podríem dir que totes les respostes tenen a veure amb aquest fer gènere, hem volgut separar allò que socialment s'associa al cos/natura, d'allò que s'associa a una elecció en un context cultural. Analíticament també hem cregut interessant separar tot allò que té a veure

[82]No defensem que això sigui quelcom nou històricament, fins i tot podríem dir que abans la "imatge femenina" i "la imatge masculina" eren dues construccions molt més rígides que ara, especialment la primera. Tampoc volem reproduir l'argument moralista que ara els i les joves estan pitjor. El que volem apuntar simplement és que per analitzar aquest punt cal que tinguem molt en compte el cos, la imatge i el paper històric que juguen actualment, diferent al que han jugat en altres moments històrics, i analitzar això en clau de gènere.

amb l'aparença, l'heterocentrisme i la identitat. El que apunten els resultats presentats amb una mostra molt menor de joves *psiquiatritzats* que d'adolescents escolaritzats, és que la dimensió naturalitzada i el cos van perdent importància conforme avança l'edat dels informants (nois joves a partir de 24 anys) en la construcció d'aquesta masculinitat hegemònica, o més aviat híbrida, per centrar-se en l'acció i en el rol de gènere.

Elements com l'autosuficiència, la responsabilitat, la seguretat, el futbol, la competitivitat o la dominació, etc. responen a una capacitat d'abstracció diferent, però sobretot a un model de masculinitat més adult. En les narratives seguim veient aquesta hibridació del model, en què es produeix una negociació a l'hora de definir les fronteres de la masculinitat que respon a una certa reconfirguració seva. En aquest cas, i tal i com veurem en el propers temes, comencen a aparèixer idees relacionades amb la família (en tots els casos heterosexual i nuclear), la feina, els fills i aquelles actituds que són fonamentals en la masculinitat adulta hegemònica, que és molt més rígida, especialment quan apareix com a desitjable però alhora inaccessible en els cas de moltes joves amb patiment mental. Podríem dir, per tant, que la masculinitat hegemònica deixa en segon pla (no l'oblida) el cos i evoluciona, amb l'edat, cap a l'àmbit de la moral i la norma social, del què cal *fer* per ser un home i demostrar la masculinitat. O dit d'una altra manera, apareixen amb més força aquells elements que són més excloents per als homes, en què el patiment psíquic no permet l'encaix amb l'ideal de masculinitat (a nivell simbòlic i material). En els propers capítols explorarem altres narratives que aporten més elements en aquesta direcció.

## 5.4. | Per concloure

En aquest capítol, a partir de la pregunta *Quines cinc coses et defineixen com a home/noi?,* les 683 respostes curtes –aportades per 154 adolescents de 13 instituts del Barcelonès– i les narratives, més en profunditat, dels nostres informants joves entrevistats, hem volgut aproximar-nos al mapa d'elements que conformen la masculinitat hegemònica i la identitat masculina jove en el context històric i cultural on s'ha realitzat el treball de camp. Amb això no pretenem negar la diversitat de formes de viure la masculinitat en funció d'altres factors (classe, origen, etc.) però sí aportar informació sobre els elements que importen o signifiquen la masculinitat i li donen una certa coherència en un context determinat. Seria

allò que «està en joc» (Lawrence *et al.,* 2007) en cada context i que ens permet situar la posterior anàlisi sense caure en l'abstracció i la inoperància de la qual ha estat acusada la noció de masculinitat hegemònica en diverses ocasions.

A partir de l'anàlisi realitzada, les conclusions són tres. En primer lloc, es confirma la idea d'una certa hibridació en la masculinitat hegemònica, la qual, segons la nostra anàlisi, es manifesta fonamentalment en elements perifèrics en relació a la distribució del poder i els recursos. Plorar en públic o cuidar molt l'estètica, per posar dos exemples, suposen certa transformació pel que fa als valors hegemònics de la masculinitat, però no modifiquen un nucli de la masculinitat que assegura el manteniment de la jerarquia i la relació de poder (àmbit productiu, sexualitat, etc.). Això caldrà veure de quina manera es concreta o es presenta de manera diferenciada en el cas de la nostra etnografia, quan la majoria de persones encarnen una masculinitat fracassada o subalterna/marginal.

En segon lloc, la dimensió naturalitzada i que es relaciona amb la dimensió biològica, i especialment amb la genitalitat, segueix sent central, i de fet és la més rellevant, en la construcció de la masculinitat i la identitat masculina. El fet de tenir penis es construeix com una qüestió anatòmica però que en realitat condensa molts els principals element de significació de la masculinitat, i que sobretot aporta solidesa a una construcció identitària que cada vegada costa més de justificar només en base a idees socialment estereotipades.

Per últim, arribem a la conclusió que el segon conjunt d'elements més rellevants tenen a veure amb el *fer*, amb l'acció i les pràctiques quotidianes, les quals es fan cada vegada més centrals conforme els nois es fan grans. Conforme la masculinitat s'apropa a l'edat adulta apareixen altres elements que prenen més rellevància o que deixen en segon pla el cos i la dimensió naturalitzada del gènere per ubicar la identitat masculina en el terreny del món productiu, social i sexoafectiu. L'autosuficiència, la seguretat, tenir feina i/o parella heterosexual apareixen com a elements que defineixen aquesta MH anhelada.

Segons l'anàlisi realitzada, en aquesta construcció de la masculinitat jove (amb alguna referència a la infància encara) hi incloem també elements en relació a l'aparença, l'estètica i la sexualitat heterosexual, que apareixen en tercer i quart lloc en l'anàlisi de les freqüències. En darrera posició apareixen idees relatives a la identitat com a elecció i a la identificació legal

o mèdica. Tot i aparèixer menys vegades en les respostes , aquests tres àmbits mantenen una importància simbòlica fonamental en la construcció de gènere.

*Situar* i concretar la masculinitat, sense pretendre conceptualitzar-la com a quelcom estàtic, ens permet analitzar la resta de l'etnografia de manera menys ambigua respecte a la relació entre hegemonia cultural i masculinitat, per veure tot seguit quins afectes té aquesta construcció en els itineraris dels nois joves amb patiment mental.

# 6 RELATS DE VIDA

Tal i com hem explicat en el capítol metodològic, arran de les entrevistes elaborades va sorgir la possibilitat de recollir i construir dos *relats de vida* que condensen molts dels elements rellevants de l'etnografia. La idea d'aquest capítol és minimitzar la intermediació de l'investigador i presentar els dos relats de la manera menys intervinguda possible. Ambdós han estat elaborats només amb paraules i frases extretes de les narratives (i les mínimes correccions o modificacions possibles, fetes només per facilitar la coherència i la lectura del text), les quals han estat ordenades per etapes i cronològicament, afegint alguna etiqueta que permeti situar d'allò que es parla en cada fragment. Res més. La resta és la veu de dos dels informants (en la seva llengua original), els quals no representen la masculinitat jove *psiquiatritzada*, ni és aquesta la nostra pretensió, però sí que aporten elements que ens permeten pensar el conjunt i particularitzar, a partir de l'experiència, alguns dels conceptes centrals d'aquest estudi sobre masculinitats i patiment mental.

## 6.1. | ELÍAS

### 6.1.1. Adolescència i origen del malestar

*La cosa es esa, que yo de pequeño, de joven me iba sintiendo mal, por mí solo. Cuando tenía unos 12, no recuerdo exactamente, 12 o 13 años o así, estaba en el Instituto, pero incluso no sé si alguna vez en primaria, en plan 6o de primaria o el final de primaria o algo así. No sé si alguna vez llegué a sentirlo, yo creo que fue sobre los 12 años, o los 13 y 14. Yo empezaba a sentirme extraño, raro. O sea, tenía obsesiones, me obsesionaba mucho con tonterías como por ejemplo jugar a un videojuego, el Pro Evolution Soccer 2006, o unos de esos, 2007 o 2008, jugaba y yo, por ejemplo… o al Fifa, y me rallaba una barbaridad, tenía que ser perfecto, los movimientos de los jugadores tenían que ser realísticos, o sea perfectos. El movimiento que hacía el jugador en la pantalla, si el movimiento que hacía lo veía no real me rayaba, lo paraba y lo reiniciaba, y así me pasaba reiniciando una y otra vez y era súper absurdo, pero me pasó, empecé a sentir eso. Me empezaban a pasar muchas cosas. Yo tenía un lunar, un lunar más grandecillo de lo normal, bueno, habrán más grandes también claro pero no era un lunar mini. Me lo quité años después. Yo, en ese lunar centraba mi malestar, el malestar que empezaba a sentir. El malestar que tenía interno empezaba a exteriorizar en esto físico. Entonces era ir por la calle acomplejado, tapándome todo el rato, vergüenza de él etc.*

*Todo venía un poco interno, yo empezaba a sentir malestares de tiempo atrás mostrándolo en el lunar, obsesionándome con tonterías, como lo de los videojuegos, es un ejemplo. Yo empecé a notar ahí pero claro todo puede venir a lo mejor más aún de atrás. Todos pasan sus cambios y sus cosas lógicamente, pero a lo mejor yo por como soy no hubo..., si miro bien no lo he llevado bien, yo he cambiado muchísimas veces de colegio. Yo de por sí creo que soy una persona bastante introvertida, un poco, o al menos que le cuesta relacionarse. Me cuesta relacionarme y creo que siempre me ha costado y mezclar ahí un montón de cambios, cada dos por tres cambiando de colegio de casa, muchas veces al menos.*

*Hasta el punto de que mezclándose con que bueno, con que yo me fui quedando más solo. De una época que, por ejemplo, yo llegué a tener más amigos, no sé sexto de primaria y tal. No sé, entrar al Instituto, en el instituto ya me fui quedando más sólo. Como que bueno, perdí los amigos y me quedé, si a caso, con uno contado. Y se mezclaba el hecho que me iba sintiendo más solo, con esas obsesiones, el malestar, iba por la calle así tapándome. Llegó un punto en el que ya no salía a la calle. Yo no sé si fue más sobre todo en segundo y tercero de ESO.*

*El instituto para mí era un infierno, un horror, porque llegaba un punto en el que ya no me relacionaba casi con nadie, con uno, pero es que ya ves tú, no era un verdadero amigo yo creo. Me relacionaba con ese, pero me sentí como muy solo, estaba muy retraído. Yo recuerdo que en mi clase había algunos que me hacían un poco más de bullying, no bestial, (porque) era (otro) chico el que lo recibía y era por parte más de los chicos quizás que lo recibía también. Se metían con él, a lo mejor, porque no era muy guapo, yo que sé y porque era así de vistas para afuera como más endeble. Como que no lo ven allí ni fuerte ni nada, ni popular ni nada y se metían con él. Era así con gafas, medio empollón. Sí, yo recibir no he recibido especialmente bullying, he recibido a lo mejor marginación, entre comillas. Aunque automarginación también, pero bullying no, de eso de meterse allí conmigo, no.*

*En un instituto, por ejemplo, en clases de 30 personas, donde te importa mucho lo que piensen los demás. Yo con 14 años me importaba mucho lo que pensaban los demás de mí, bueno ahora también, pero menos. Era horrible para mi ir a la escuela. Porque yo era un momento que necesitaba estar encerrado porque me encontraba muy mal y allí estaba expuesto a gente con la que no me llevaba. A mí no me gustaba sociabilizar, y allí estaba rodeado de gente y encima tenía el complejo, tenía miles de complejos y no me llevaba*

*con nadie. Para mí era estar expuesto e intentaba pasar desapercibido al 100 por 100. Ser como invisible. Más o menos dentro de lo que cabe lo era, o sea, yo no es que haya pasado bullyings de estos en plan ahí a saco, que me hayan hecho la vida imposible, no. Sí que estaba solo, sí que no se me trataba especialmente bien pero tampoco especialmente mal, era como invisible, yo intentaba serlo. No quería sociabilización. No quería relacionarme. Yo quería estar solo encerrado, no salir de casa.*

*No he tenido una adolescencia. No ha sido, al menos como debe ser. La adolescencia es verdad que es una época siempre, en principio, difícil para todos. Pero, no sé es una época de relaciones y tal y yo es que la he vivido en casa y deprimido, es como si no hubiese tenido. Y es como ahora que soy adulto en sí, porque a veces parezco un niño, ahora que soy adulto como que me ha repercutido todo lo que me ha pasado y el no haber tenido esta etapa de construcción y estoy como, pues eso, como estoy, que me cuestan mucho las cosas, mucho moverme, mucho... bueno no sé, que me cuesta mucho todo.*

*Bueno, llegó un punto, yo creo que, en segundo, tercero de ESO, llegó un punto en el que yo no salía a la calle, nomás que para ir allí. Y ir al instituto para mí era unos quebraderos de cabeza, un horror, no me gustaba nada, lo pasaba más mal.*

*Mi madre no estaba con mi padre. Mi madre con mi padre, pues nunca los he visto juntos prácticamente. Desde mi memoria los he visto separados y creo que se separaron desde que yo era muy pequeño. Mi madre estaba con su pareja. Una pareja que tenía que a mí, la verdad, nunca me ha caído bien, nunca me gustó. Bueno y muchos cambios, muchas veces tenía que ir a mentirle a mi padre de parte de casa, de parte de la zona de mi madre. No porque mi madre quisiera mentirlo, sino porque había necesidades económicas a veces tenía que ir, como el recadero ahí, mintiendo. Eso son como detalles, no sé exactamente porque yo habré llegado a empezar a sentir lo que sentí, pero sí que creo que bueno, los cambios y copón de cambios puede haber sido un factor. La cosa es que, por esa edad por allí, empecé a sentir eso.*

*Vale, no sé realmente por qué empecé a sentir lo que sentí, pero lo empecé a sentir pero puede haber cosas con las que las relaciono. Y llegó un punto, en segundo o tercero de ESO. Pues eso, estaba muy solo y muy acomplejado. Muy mal, me sentía muy mal, era un horror ir al colegio, al instituto y entonces fue en 3o de ESO que ya hubo un momento cumbre de*

*mi malestar y yo estaba así. Y entonces pasaron cosas que me trastocaron hasta el fondo, pasó que hacía un tiempo que la relación de mi madre con su pareja estaba bastante mal, había muchas discusiones, mucho mal rollo y mucha tensión. Esa persona a mí nunca me hizo mucha gracia en realidad, pero bueno. Y estaba en un momento muy malo con esa relación. Muchas veces también era por nervios creo o por actitudes relacionadas con el dinero. No hemos ido sobrados de dinero nunca pero bueno, ha habido mejores épocas. Entonces hubo un momento que estaban muy mal ellos dos, pero hubo en un momento un altercado bastante violento allí en casa. Estaba yo, estaba mi madre, estaba ese hombre y estaba mi perra, Nuca.*

*Mi hermano no vivía con nosotros en ese momento. Mi hermano vivía con su pareja de ese momento. En este momento vivíamos mi madre, yo, esa pareja que tenía ella y mi perra. Y entonces hubo un altercado violento que no sé exactamente como fue del todo, pero fue bastante violento. Fue un altercado en el que él se ponía muy violento, muy amenazador, mi madre se asustó mucho. Me acuerdo que el tío cogió un cuchillo y todo, un cuchillo jamonero de esos y yo me cagué, estaba llorando de miedo, mi madre estaba asustadísima, la perra escondida, yo lo pasé fatal, lo recuerdo muy mal, me cague muchísimo, estaba llorando pidiendo que parase por favor. Hubo un momento que también creo que la medio empujó contra la puerta, estaba como enloquecido porque mi madre, como con mi madre le dijo "he llamado al Roberto", ¿sabes? El Roberto es mi hermano, "van a venir ahora con el Manuel", que era su pareja, "van a venir ahora". Cuando dijo eso es cuando chilló, "que vengan, que vengan" y encima la empujaba, bueno, fue un altercado muy violento, muy violento que no llegó a más. Claro estaba cagado no sabía que iba a hacer, encima sí que creo que le hizo un moratón, no recuerdo muy bien, pero me suena recordar que sí que le hizo un moratón empujándola contra la puerta a mi madre. Entonces, vinieron mi hermano, su pareja en este momento, nos fuimos de esa casa.*

*Ese es uno de los momentos que me marcó muchísimo, me trastocó, me trastocó porque yo ya estaba mal, no por algo que hubiera sucedido exactamente, sino yo creo por circunstancias de mi vida en global. Yo soy como soy y era como era, no sé, y estaba mal, estaba mal. Y estaba mal y encima pasó eso. Eso me trastocó un montón, me asusté muchísimo, yo no sabía que iba a hacer con eso. Bueno, nos fuimos, se denunció etc. Se movieron esos temas de denunciar, de llevarlo a juicio, si se llevaba o no se llevaba a juicio, le pusieron una orden de alejamiento. Eso fue un suceso muy horrible. Pero es que al mes siguiente ese hombre ya*

*no estaba en esa casa. Yo lo explico más o menos así, como puedo y como recuerdo. Al mes siguiente estaba yo jugando al Mario Car, a la Wii, solo, ya había dejado 3o de ESO. No lo había dejado definitivamente, no era la intención de nadie todavía, bueno, por mi sí, pero no era la intención de mi madre o de mi hermano que yo dejase ya definitivamente todo. Pero yo no quería lógicamente, pero fue eso que pasó y entonces en ese momento no iba al instituto, creo. Era una pequeña temporada sin ir o algo. Entonces, al mes siguiente de eso que he explicado, de lo del altercado. Pues, estaba jugando yo al Mario Car, de la Wii, era de noche, tarde. Mi madre y creo que estaba en su cama, viendo la tele, estaba despierta creo, era de noche y entonces llaman, era tarde y era raro una llamada así, entonces llaman y claro, la peor noticia que podía ser, peor incluso que el altercado violento lógicamente. Voy, no sabía cómo decírmelo mi madre que mi padre se había muerto, había fallecido en un accidente de tráfico. Bueno, tráfico, no fue con otro, fue él solo. Había fallecido en la carretera de camino hacía el pueblo de Murcia, que era su pueblo natal. Se había dormido en el volante, se durmió en el volante y tuvo un accidente bestial y no lo tuvo con nadie más, fue él solo. El coche, por lo que recuerdo de verlo en foto, quedó muy destrozado, muy bestia y él creo que también quedó mal. Eso nunca lo llegué a ver. Nunca quise verle como quedó porque no me atrevía.*

*Yo ya estaba mal por circunstancias que fueran, pasa lo de la violencia esa y luego, al mes siguiente creo que fue, es que fue muy seguido, si no fue al mes fue a los dos como mucho, paso lo otro. Ese fue ya la cúspide del malestar, no podía aguantar esto y la cosa encima es que yo me sentí bastante mal también con lo del tema de mi padre porque fue que él iba, unos días, pocos días al pueblo, para una boda de una sobrina, una prima o yo que sé, una familiar y ese viaje él me pidió que fuera yo con él. Pero yo estaba mal también. Hay que reconocerlo, yo me encontraba mal y encima sociabilizarme con mucha gente en una boda o estar allí con mucha gente, no quería, no quería. Y le pedí que no. Bueno, le dije que me quedaba, que no quería ir. Él me pidió que fuera, yo dije que no y fue este mismo trayecto de ida que pasó eso. Y recuerdo además perfectamente, que me ha marcado perfectamente, ahí gravado. Porque yo ese día que fui a visitarle, el último día que le vi, pues al hablar y tal quedamos en que no iría y antes de irme del bar, él trabajaba en un bar, y antes de irme del bar fue, no sé, así espontáneo, no lo hacía yo siempre, pero dije algo. Me despedí, cuando ya salía por la puerta, o sea, ya me había despedido de él y cuando salía por la puerta antes de irme como que me despedí una vez más, le dije adiós y que descanses. Yo normalmente no le decía eso y le dije descansa o que descanses y fue casualidad que justo no quería*

*que descansara de esta forma, pero bueno, descansa. Lo de mi padre y lo de la violencia fue a los 16 años, con 16. Ese momento que tenía esa edad pasaron muchas cosas, pasó estos dos sucesos. Y esto me marcó muchísimo, esto fue ya hundirme hasta el fondo, hasta el fondo más hondo y ya no me recomponía, no podía, no había valor tampoco para ir al colegio ni de coña. Creo que fue al curso siguiente, o sea, si yo lo dejé a mitad de tercero de ESO, al acabar ese tercero de ESO lo dejé. O sea, al siguiente septiembre. Sí, repetí, pero nada.*

*Se intentó que fuera al instituto, yo no quería, pero se intentó, o sea, me presionaban por así decirlo, mi madre, no con mala voluntad, lógicamente, pensando en plan, bueno es lo que hay, es la edad que tienes, es lo que toca, hay que intentarlo. Y en ese momento, que ya empezaba el curso, creo que ya nos habíamos mudado a donde vivía mi padre, porque había dejado el piso que tenía. Y para no estar en ese ambiente, tampoco en el piso que pasó lo que pasó de la violencia, que ese ya me traía muy mal, mucho malestar estar ahí por lo que había pasado, nos fuimos al otro. Al de mi padre. La cosa es que cuando se intentó que yo volviera al colegio, me acuerdo que fui con mi madre. Me acuerdo que me acompañó hasta prácticamente cerca de colegio, desde la casa de mi padre, o sea que había un trayecto, no era andando. Me acompañó hasta cerca del colegio y me acuerdo que hubo un momento que ya me dijo "venga, tú vas solo por lo que queda de camino..." y cuando iba caminando y cuando iba acercándome, no podía, una ansiedad… Todavía quedaba bastante para la puerta, pero era el camino directo hacía el instituto y no podía, una ansiedad… La cosa es que no pude y me eché para atrás y me fui, me fui… Y ese fue el último intento de ir al instituto, vio mi madre que no podía, mi hermano también lo vio, lógicamente. Ellos siempre han sido muy buenos y muy comprensivos y no me presionaron cuando veían que de verdad no podía. No era un capricho, no era un "a mí no me apetece estudiar porque no", era bestial, era que no podía, era ansiedad, malestar, y lo vieron. Entonces se me fue buscando psicólogos, yo me acuerdo que empecé con una psicóloga en un hospital.*

*Las cosas no han sido ideales, pero no para todas las cosas son ideales, está claro. Pero por mi forma de ser o por mí. Yo lo viví de esa forma y me pasó todo lo que me pasó de esa forma, no sé, y me empecé a sentir mal por mí mismo yo solo y luego pasan dos sucesos muy gordos que me marcaron mucho, que se sumaron a que yo ya me encontraba bastante mal, me hundí mucho más y desde allí un bloqueo bestial. Cada persona lo vive a su forma. Hay personas que pueden pasar cosas peores y no sé, no li viven de esa forma, a lo mejor, y otras*

*personas que a lo mejor si o que les pasa una tontería diferente y se hunden o a lo mejor que no les pasa nada y simplemente…*

*Mi autoestima ha estado quebrada desde entonces. Es algo bestial. Mi autoestima y me negatividad como que se han impuesto desde todo lo que pasé y se ha creado como si fuera mi personalidad. Todo me pasó en un momento, tan joven, que me repercute un poco ahora. Ahora mismo sí que es verdad que estoy mejor, pero en global, en mi personalidad, como soy ahora me ha repercutido que me haya pasado todo en aquel momento, puede ser, no lo sé. Es un momento en que pasó, que era joven, como que me estaba construyendo, porque allí se va construyendo uno y, por así decirlo cuando eres adulto ya eres hecho. Es un momento como muy de construcción de uno mismo, y a lo mejor, en ese momento, fue para mí mucha destrucción. Y entonces, creo que por ese momento en plan que me pasó tan joven pues, me repercute ahora, que me cuesta todo tanto, que se me hace un mundo muchas cosas. Y probablemente, eso no sé si me hubiera pasado, a lo mejor, a partir de ahora, con 24 años que hubiese pasado en mi adolescencia más normalizada, entre comillas, me hubiese pasado todo ahora y me hubiese podido construir mejor en esa época, a lo mejor ahora mismo si me pasara todo ahora mismo, a lo mejor lo podría resolver de mejor manera. Pero tampoco lo sé, también es como soy yo, que a lo mejor es que esto me iba a pasar si o si. No los sucesos, pero me iba a hundir o me iba a sentir mal, deprimido si o si. Yo, es que creo que soy un poco así, no sé. A lo mejor es algo que me tenía que pasar sí o sí por como soy. Yo creo, que los hechos han influido lógicamente una barbaridad, pero creo que yo siempre he sido o he podido ser frágil psicológicamente.*

### 6.1.2. Aflicció sostinguda en el temps i estudis

*Porque toca, estudiar o sacarme la ESO era porque tocaba. Sí que sentía que tenía que... era algo que tendría que hacer, pero no estaba muy motivado en realidad. Era más una obligación que me ponía yo a mí mismo porque por parte de mi familia no era obligación que me ponían, ellos eran muy tolerantes con mis dificultades y con mis estados, pero era como una obligación a lo mejor que me ponía más bien yo, como en plan tienes que hacer algo, es tu deber hacer algo o no estar simplemente viéndolas pasar. Los estudios, sacarme la ESO ha sido el paso que siempre he tenido ahí pendiente como el objetivo a lograr más serio, al margen de hospitales de día, Impuls*[83] *y cosas de estas. Esos eran como puentes*

[83]Fundació que treballa per a la inserció laboral de persones amb patiment psíquic (nom fictici).

*para llegar a eso, así más o menos. Entonces, estuve en procesos de esos; hice algunos intentos frustrados de estudiar que yo sentía que tenía que hacer, pero eran frustrados porque estaba también yo como el culo, me encontraba fatal y en realidad estaba muy desmotivado, no tenía verdaderas ganas de hacerlo, era como más una autoimposición que me ponía yo, por lo que digo, porque tenía que hacer algo. Pero llegó un punto que ya decidí pues ya pararme, voluntariamente pararme, no, ya no lo pruebo más. Cualquier movimiento que haga, cualquier intento de hacer algo que haga es fracaso. Entonces, hubo un momento en el que, sí que me paré. Creo que decidí como pararme a raíz de un fracaso de un intento de estudiar en una escuela de adultos presencial, que no me salí de eso, me encontré muy mal y lo dejé. Y creo que, a partir de ahí, tomé una postura en plan; mira, a mí no me sale nada, yo me encuentro como el culo, para que voy a hacer nada si no soy capaz de hacer nada. Y entonces, tomé una postura así que en sí venía más bien a rastras todos de los años que yo llevaba mal, más bien. O sea, yo estaba ya, mucho tiempo mal y hiciera lo que hiciera es que era como estéril, entonces pues, me puse en esta posición de no hacer nada y iba pasando el tiempo, iba pasando el tiempo y yo me iba sintiendo mal, mal, mal, peor, peor, peor. Lo que pasa es que esa posición no lo había tomado para solucionarlo, sino que la había tomado como en plan; nada me va a salir, no voy a salirme de ninguna, me quedaré parado viéndolas venir, hasta que me encuentre tan mal, tan mal, tan mal, tan mal que quiera borrarme. Este es el pensamiento que tenía en ese momento, simplemente. No, quizás no lo transmitía así, no lo transmitía en casa de esa forma porque sino supongo que harían algo, se moverían para intentar ayudar en este aspecto. Pero yo tomé esa postura en mi cabeza. Entonces, fue así, pasar tiempo, creo que fue.*

*Pasaba el tiempo y yo me iba sintiendo igual de mal o peor, hasta el punto que un día se me cruzó ya y quise tomarme muchas pastillas que había en casa, todas las pastillas que había en casa, me las tomé todas, todas las que pude. Sería a los 20, 21, supongo, más o menos. Y entonces, me tomé todas las pastillas que pillé, me fui de casa de madrugada, en plan indeciso, sin suficiente valor como para tirarme de alguna altura porque yo me fui hacía un puente, a un puente que había cerca de Bac de Roda, pero no hay mucha altura. Y yo me senté allí, me iba encontrando mal de la barriga y veía la altura. Y era una mezcla entre; no veo suficiente altura y no tengo valor. Y una mezcla entre no me quiero tirar y mucho menos para quedar vivo pero peor, era una mezcla de cosas, pero a mí me faltaba valor para eso en realidad. Pero bueno, entonces pues me volví. No me volví inmediatamente, estuve un rato allí en el puente y luego pues, fui volviendo poco a poco caminando, pero me*

*iba encontrando pero aún, la barriga sí que me dolía. Me había tomado unas 60, 50 y pico pastillas, no sé, más o menos, todas las que pillé. Y me iba encontrando mal de la barriga y al final, frustradamente también, de alguna forma u otra, en ese momento lo sentía como frustradamente, claro, volví a casa y pues, se despertaron y tal y les dije que me había tomado, pues, muchas pastillas y lo que había pasado un poco por encima en ese momento. Y bueno, llamaron a la ambulancia y me llevaron. Y ingresé, al final ingresé, me hicieron un lavado de estómago e ingresé, interno. Interno estuve un mes. Un mes que fue bastante poco la verdad y allí como que me reactivé un poco, vi ese ambiente y allí me reactivé un poco. Estuve encerrado ese tiempo y como que me reanimé un poco y al salir de allí estaba como un poco más animado, pero bueno, al cabo del tiempo pues me fui decayendo un poco, otra vez, pero no volví a hacer nada de estas cosas.*

### 6.1.3. Atenció, professionals i periple assistencial

*El inicio del agravamiento de mi peor estado. Y llevaba indicios de tener cosillas ahí rarillas, pero bueno, ahí fue cuando me empecé a hundir, caída picada. Desde aquellos dos hechos, bueno, esos dos hechos me llevaron a caer totalmente hasta el fondo. Entonces, me tiré... bueno, entre en sitios como hospitales de día, buenos luego como del hospital de día tenía que salir, con los 18 años o podía seguir allí, pues, fui a Impuls y cosas así, pero yo me mantuve en estado anímico malísimo muchos años. Siempre con mucha negatividad, con mucha desmotivación de hacer cosas, mucha inseguridad de lograr cualquiera cosa, algunos intentos de hacer cosas, pero frustrantes porque no me salía, porque estaba tan mal que no…*

*Entonces, fuimos a esa psicóloga, me vieron, me apuntaron al CSMIJ -centro de salud mental para menores de edad- y me iba viendo y no fue mucho tiempo en el que se me dijo de ir a un Hospital de día de jóvenes. Se me derivó al Hospital de día, que a mí me costaba también un montón empezar allí, porque todo me costaba. Y empecé en el Hospital de día, con 16 años y poco, creo que con 16, como mucho con 17. porque allí con 18 ya no podías estar. Y empecé en el Hospital de día. Proceso de psicólogos, de trabajar mi estado. Estaba muy depresivo en ese momento y a raíz de esas cosas que pasaron yo entré en una depresión muy fuerte, estaba mal, pero bueno, iba al Hospital de día. Allí se hizo el trabajo, yo me acuerdo que me veía con un psicólogo en ese momento, yo era de los pocos o el único, que tenía dos visitas, no sé si eran 2 o 3, creo que 2, con esa psicóloga a la semana. Normalmente era*

*una. Con la psicóloga del hospital de día. Cuando entré al hospital de día, el CSMIJ lo dejé y si, había como un trabajo muy fuerte en mí porque pienso que era un caso complicado, estaba muy depresivo y tenía que contar, mucho que hablar, yo lo aprovechaba mucho en ese momento yendo al psicólogo, a esa psicóloga la aprovechaba mucho, hablaba mucho. Y estuve allí en el Hospital de día hasta los 18 o así. Un año y medio como mínimo. Y estuve hasta los 18 hasta que llegaba un punto que ya no podías seguir allí y me buscaban otras cosas para continuar el camino y se me buscó Impuls, en plan para avanzar, en un sitio donde estaba relacionado con salud mental y todo eso y a la vez te ibas enfocando también en el mundo ya más para hacer algo; estudiar, trabajar, o lo que fuera. Pero yo estaba mal, estaba muy mal. Estaba muy depresivo todavía, en realidad. Pero, ¿qué había que hacer? había que continuar y entonces fui a Impuls. En Impuls me costó mucho. Impuls yo nunca lo llegué a aprovechar porque estaba muy mal, eso es un factor, pero yo creo que, si Impuls lo aprovechas sí que puede, quizás, funcionar y me costó arrancar ahí.*

*Yo, cuando entré en Impuls, entré con Raúl. Con Raúl tengo una historia de muchos años. porque nos encontramos en el Hospital de día. Fue la primera persona que vi en el Hospital de día. Estaba muy introvertido en ese momento también. Fue muy curioso porque yo había informado y ya sabían que yo no quería coincidir con nadie, yo no quería sociabilización y él, se ve que era parecido. Y entonces dijeron, por los dos que no quieren a nadie los ponemos juntos en la misma aula. No hice una actividad con él directamente, sino que coincidí con él en el mismo sitio, en la misma aula, en plan estudiar o hacer deberes, pero fue la primera persona creo que recordar o de las primerísimas que vi allí, pero allí todavía no nos relacionábamos, fue un poquito de tiempo después. Pero fue en el Hospital de día, en Impuls entramos juntos en realidad, pero allí ya había relación, ya de un cierto tiempo. Y en Impuls eso, a mí me costó arrancar, pero hubo un momento en que también pegué un bajón muy fuerte. Ya estaba mal en general, yo creo que iba siempre en línea de mal, pero alguna vez caía un poco más y alguna vez me estabilizada un poco más en el mal más regular. Pero hubo un momento en Impuls, que me acuerdo que me encerré muchísimo más y me acuerdo que abandoné la relación hasta con Raúl. Abandoné la relación con todos. No tenía muchas relaciones, al menos por ejemplo con la de Raúl, que la tenía y la abandoné porque me empecé a rallar por cosas que en verdad no tienen como para rallarse de esa forma que me rallaba yo y tal. Y bueno, me encerré. No sé exactamente como fue todo el proceso de Impuls, pero yo en Impuls volví, no sé si lo dejé en algún momento, pero hubo una etapa de Impuls en la que no me hablaba con nadie.*

*Bueno, en el Hospital de día me iba bien hablar, Impuls no tanto, no lo aproveché nada. Pero sabes, el Hospital de día me gustó, dentro de lo que cabe me gustó, hablaba mucho con la psicóloga y me expresaba. Del Hospital de día más positivo, guardo más buen recuerdo, pero el Impuls ya te digo que no lo aproveché tanto. Cada persona es un mundo y si por circunstancias uno está bloqueado, se encuentra mal o que tal, estos sitios pueden servir, o pueden ayudar, pero también es depende como los afronte cada uno. porque claro si vas en plan sudo, paso olímpicamente, pues, a lo mejor tienes que dejarte ayudar, a la vez para que te ayuden tienes que dejarte ayudar. Del Hospital de día, yo guardo buen recuerdo y yo creo que te puede ayudar, si es necesario, si una persona está mal, está bloqueada. El Hospital de día me gustó, yo creo que dejarme ayudar del todo no sé si me he llegado a dejar ayudar del todo, al menos en todos esos momentos yo tampoco. A mí me gustó, estuvo bien, pero yo salí de allí y salí como el culo, salí fatal. Entré a Impuls, entré mal y salí de Impuls mal también. En realidad, no me han servido mucho, o sea, eran procesos que tenía que pasar, que pueden ayudar a gente. Pero que a mi personalmente, como lo enfoqué o porque me encontraba demasiado mal, no me han ayudado. Depende de cómo lo mires está bien haber pasado por allí porque no me iba a quedar tampoco encerrado allí en casa todos estos años. Está bien, sí que puede haber ayudado en este aspecto, es una parte de la vida en la que te sirve para seguir intentando trabajar, a lo mejor mi caso no lo aproveché todo muy bien. El Hospital de día si, más. Pero bueno yo creo que está bien, según como esté la persona y tal, si te dejas ayudar te ayudan, te intentan ayudar. El Hospital de día además eran muy buena gente, los educadores eran súper buenos, me caían súper bien y eran cercanos. Mi experiencia en concreto en el hospital de día fue buena, con la gente esa también. Y creo que si te dejas ayudar te pueden ayudar.*

### 6.1.4. Xarxa, parella i cures

*Luego, creo que entraron algunos y ya iba empezando a relacionar un poco y con el tema del futbol pasó eso. Me dijeron tal cual que iban al Club Social Obert*[84]*, que iban a un sitio donde entrenaban a futbol y fui. porque a mí el futbol me gustaba y me ha gustado. Es curioso porque de niño, de niño no me gustaba el futbol, pero sobre los 11-12 años lo descubrí. Desde entonces jugaba cuando podía. Bueno, en la época entre los 11-12 hasta los 13, bueno no*

[84] Nom fictici.

*me acuerdo, jugaba mucho en una plaza cerca de casa con gente, con amigos que tenía en ese momento. Luego cuando ya me quedé más solo y apenas jugaba ya, pero siempre me ha gustado jugar y cuando podía jugaba. Y en Impuls, ya te he dicho antes, en los descansos jugábamos y tal. Y no sé cómo, pero se me mencionó que iban al entreno este de Obert. Se me invitó a que fuera y fui. Así es como empecé en futbol sala de Obert.*

*Yo estaba en esa posición, deseaba tener pareja y no la tenía, ni la buscaba tampoco pero no encontraba esa situación y a mí eso me pesaba un poco, por ejemplo, a mí eso me hacía sentir un poco triste. Como siempre tenía la sensación de que quería querer a alguien y que ese alguien también me quisiera de esa misma forma, con esa necesidad que tenía de querer igual. Entonces, hay personas que supongo que también les da más igual, no les importa, no sé. Si van de flor en flor pues a lo mejor son porque son así , pero si por ejemplo es una persona como y,o va a ser negativo no tener la pareja. Si tú tienes esta necesidad de querer y no tienes ese alguien en quien enfocarlo y que sea recíproco, eso, de alguna forma te entristece, yo he estado así, cuando lo encuentras y es real y es mutuo, pues no hay cosa mejor. En ese sentido no sé, depende de cada uno, hay personas que les dará igual, hay personas que lo buscan, no lo encuentran, pues les sabrá mal, personas que lo tienen y les da igual en realidad, lo tienen solo por tener novia, porque también hay casos de estos. Yo, por ejemplo, estaba en esta situación de que quería pareja y no tenía ninguna opción y si... te falta algo.*

*Yo creo que el punto más importante en estos años de diferencia que ha habido para poco a poco yo irme sintiendo mejor, ha sido Mónica, encontrar a Mónica. porque ella fue como un soplo de aire fresco, como si me llenaran de oxígeno cuando estaba medio ahogado. Encontrar una persona de fuera, así, con la que conectases de esa manera y quererse así me dio mucho aire. Ha sido progresivo, yo lógicamente, nada más encontrarla no me ponía bien, no estaba bien, yo estando con Mónica ha habido mucho tiempo en el que estado mal, pero progresivamente me he ido ubicando un poco y posicionando un poco mejor. Di la clave con una medicación, dieron con con una medicación que la verdad, regula bastante mi estado. Cuando no tomo esta medicación, pues estoy muy irritable, muy enfadado, muy cabreado, todos los de mi alrededor discuten conmigo, bueno, discuto yo con ellos. Estoy súper sofocado cuando no me la tomo, pero bueno, dieron en la clave con esa pastilla, pues la verdad es que me va bien, en realidad. Y poco a poco, ha sido como progresivo, me ido sintiendo mejor, entonces yo lo asoció bastante a ella, ella me ha dado eso, poco a poco, me*

*ha ido ayudando también para mejorar, para ir haciendo cosas, siempre también ha sido muy paciente, muy tolerante, sin presiones, pero ha sido progresivo. No ha sido nada más encontrarla y hasta el punto de yo me acuerdo que el año pasado intenté hacer una escuela de adultos, tampoco me salió, pero este año he buscado, hemos buscado otra solución y es hacerlo esto en modo a distancia y de momento voy bien, me va bien, estoy más animado que en otras épocas, más o menos.*

*Mi familia siempre ha estado allí y también han sido muy importantes. Sí, mi hermano y mi madre. Y también pues mis amigos, como Raúl, mi amigo como Raúl primordialmente, mi amigo como Raúl o Sonia, son vitales en mi vida. Lo que pasa es que yo necesitaba algo diferente, yo sentía que necesitaba algo diferente, algo como lo que tengo con Mónica, un amor diferente. Yo lo sentía así y yo creo que ha sido muy clave, además ella es probablemente una de las personas que más tiempo ha estado y más implicada en ayudarme a mejorar en estos últimos años. Y sí que no puedo decir que sea exclusivamente ella, pero ha sido muy clave en que me vaya sintiendo mejor poco a poco, yo sí que lo asocio en gran medida a su figura, pero son muy importantes y muy claves también otras figuras como mi madre, mi hermano, Raúl etc. Es importante tenerlo ahí, pero probablemente una de las personas que más se ha implicado últimamente, en estos últimos años, ha sido Mónica. Ella, siempre me ha ayudado buscando soluciones, buscando formas, por ejemplo, sin ir más lejos, la psicóloga que tengo ahora, que me encanta a mí, ha sido gracias a la Mónica también, por ejemplo. porque yo llegué un punto en el que sabía que necesitaba una psicóloga, hace un tiempo, porque me encontraba pues mal en ese momento. A ver, los estados de ánimo van, vienen, o sea, suben, bajan y van así pero en un momento el que sentía que necesitaba un profesional regular, constante y en el CSMA no es así. Entonces, Mónica se movió mediante su psicóloga para buscarme una forma de conseguir un profesional semanal, o sea, constante y que no fuera de pago, a través de su psicóloga buscaron formas y dieron con el sitio donde estoy yendo ahora semanalmente. No pago nada, estoy genial con esta profesional y es un ejemplo concreto, por ejemplo, para explicarte como me ha ayudado. Siempre ha estado allí, cuando he estado mal siempre ha estado allí al lado, me ha buscado soluciones cuando ha tenido que ser algo más práctico tipo esto, o cuando empecé lo de la fundación de los gatos*[85]*, que ahora ya no voy, pero cuando empecé pues yo me acuerdo que ese día ella estuvo allí*

[85]Un voluntariat.

*conmigo. Estaba nervioso perdido yo y ella estaba allí, me tranquilizaba, se comunicaba con el lugar porque veía que yo no podía en ese momento hablar por teléfono. Le decía, "Yo no puedo, yo no puedo, yo no puedo llamar". Y estuvo allí conmigo, me acompañó y poco a poco, ese primer día me ayudó a romper el hielo y luego pues continuar un tiempo. Me ayudado tanto moralmente estando allí como en efectos como así más prácticos buscando soluciones, intentando mover las cosas como ella pueda también.*

*La figura de Raúl es importante porque es mi mejor amigo, él me ha ayudado de una forma que se preocupa por mí, él quiere que yo esté bien, se interesa por mí. De esa forma, de alguna forma también ver el amor, por así decir, que sienten por ti, pues también es algo que bueno, te empuja a seguir. No me ha ayudado, a lo mejor, de formas tan prácticas como Mónica, pero si yo estoy mal, yo sé que él está allí también y que él quiere que esté bien. La relación de Raúl es fantástica, es de muchos años, han pasado cosas, hemos pasado cosas juntos. Estoy muy contento con esta relación. Es oro tener una relación así que bueno que se mantenga también con los años y que te valores tanto y sepas que te valora tanto, bueno está muy bien si, esto me gusta. Lo que pasa es que Mónica es la figura que más ha estado allí y más se ha implicado, con diferencia probablemente, pero muchas figuras, bueno muchas, un círculo pequeño, pero de este círculo pequeño todas estas figuras son clave y importantes para mí y no cambiaría ninguna de ellas. Pero sí que Mónica lo veo como algo especial, es diferente al resto.*

*Si yo estuviera solo y no tuviera esas personas no sé si me podría salir de mis cosas. Yo creo que es vital tener esas personas, sino me he borrado antes, por así decirlo, es también porque sentía que tenía esas personas detrás, si yo estuviera solo yo no... porque yo de autoestima sigo estando mal, estoy mejor anímicamente pero yo, mi autoestima está mal, no está muy bien, no me quiero mucho, soy muy negativo normalmente, tengo mucho trabajo por hacer de cara a mí mismo.*

*Espacios como el de la psicóloga que me va muy bien. Si, la psicóloga ha sido muy importante en estos meses que he estado yendo, me ha gustado mucho. Es una gran profesional, pero muy cercana, pero de tú a tú y esto me gusta mucho. Hoy precisamente se lo he dicho, que estoy muy contento con este espacio que tengo con ella, es un buen espacio donde si yo estoy mal puedo expresarme, puedo desahogarme y puedo expulsar cosas y pensar sobre cosas.*

*Cuando yo iba a los gatos, al voluntariado, cuando yo salía de allí, salía satisfecho. Lo dejé también porque me dio un poquito un bajón y estaba un poco atosigado. Lo dejé al final, pero cuando yo iba allí, yo, salía satisfecho. Los estudios, si me van saliendo bien las cosas, pues me satisface. De alguna forma aporto mi grano de arena, aunque sea pequeñito, ayudo un poco a esos gatos que muchos son abandonados, muchos son callejeros y ayudo a su cuidado un poco. Me gustaba y me satisfacía por eso.*

*El futbol, por ejemplo, me gusta mucho, me entretiene mucho, pero yo he estado mucho tiempo mal y si iba al futbol, no es algo que me ... Es algo que me gusta mucho hacer, pero no me hace sentir mejor. Me sentiré bien a lo mejor, o sea, en el momento, bueno en plan he jugado bien, pero en su globalidad eso no me llena. El futbol, me gusta, soy muy exigente siempre con el futbol, en cuanto a mí mismo, también mucho, pero no es algo que, o sea, a mí me va a satisfacer más si estudio bien y saco buenas notas que si juego bien al futbol. Incluso y lo de los gatos, si yo lo hubiese seguido haciendo, o algún día vuelvo, eso me satisface más a la hora de salir que si he hecho un buen partido. Futbol quizás es lo que menos peso tiene, pero es algo me gusta mucho, me entretiene muchísimo y no fallo ni un día porque me divierte, me entretiene. A pesar de que luego acabe sulfurado y cabreado, pero es como una costumbre allí, una rutina que me gusta mucho seguir. Pero me gustaría, me gusta más, sacar buenas notas. Me gustaría que acabara el curso habiendo sacado buenas notas en general, etc.*

*Mira, yo, hace años, o sea, no me imaginaba en el futuro, hace años me imaginaba de una forma en plan, yo tenía siempre esta idea; "si tengo 30 años y sigo igual, no quiero estar". Siempre pensaba lo mismo, si tengo 20 y largos y sigo igual no quiero estar. Quiero borrarme, quiero desaparecer. Pero ahora, sí que tengo, pienso y sí que quiero estar, quiero estar, quiero estar bien, quiero sentirme mejor, quiero intentar lograr cosas que yo siento que quiera hacer. No sé cómo me veo en el futuro, pero al menos sé que ahora mismo sí que no quiero estar y eso es muy importante. Ha habido mucho tiempo que no quería estar. Y ese es un cambio brutal en realidad, de un lado a otro, de pensar y mirar hacia adelante y decir "No, no quiero" a pensar en el futuro y desear poder estar bien en ese futuro y estar pues es un cambio bueno. Eso es mi objetivo ahora, sacarme la ESO y después de sacarme la ESO me gustaría seguir estudiando un poco más, no sé qué, pero tengo como en mente intentar estudiar, aunque soy un poco mayor. No lo tengo claro, pero mi idea no sería acabar la ESO y meterme a trabajar, que yo lo de trabajar todavía lo veo muy complicado para mi,*

*sino más ir formándome, aunque no he podido anteriormente pero bueno, tengo 25, un poco mayor, pero mientras se pueda. Si, sería mi deseo en este sentido, pero concretando donde, cosas, que, no sé. En el futuro, yo lo que sé, es que quiero estar bien, quiero estar y quiero estar bien, eso es. Es importante querer estar. Si, y siempre intentando aspirar a estar bien, o al menos estar mejor. Con, bueno, con ganas de estar, sobre todo, habrá momentos mejores, momentos peores, pero bueno, pero al menos eso. En lo personal espero estar mejor incluso anímicamente, en el sentido de autoestima y poder valerme un poco más por mí mismo quizás. Tener quizás un poco menos de dificultades porque tengo muchísimas y menos miedos, en general en la vida, a hacer cosas. Y también llegar a un punto de un día pues poder, por ejemplo, sentirme capaz de trabajar, de lo que yo me vea que me pudiese gustar, sería ideal también lo que trabajara. Pero bueno, trabajar es valerse por sí mismo, al fin y al cabo. Algún día tengo que llegar a eso. Cuando pienso en trabajos, priorizo más estar bien y que me guste lo que hago que cobrar mucho o cobrar menos. Que lógicamente el dinero es muy importante porque tienes que sobrevivir, pero siempre que pienso en eso; Cuando yo trabaje quiero estar a gusto y que me guste lo que hago. Que todavía no tengo ni idea, pero quiero eso, más que cobrar mucho. Que, si cobras mucho y bueno claro, mejor.*

### 6.1.5. Present

*Si, ahora mismo, en este momento estoy en uno de mis mejores momentos en mucho tiempo. Actualmente, estoy en un buen momento anímico pero consciente de que el ánimo sube y baja. Y que yo personalmente, muchas veces he bajado bruscamente y me muestro cauteloso ante eso siempre porque yo tengo mucha experiencia de haber caído de la nada prácticamente o en un momento en el que a lo mejor estoy un poco bien haciendo algo y de repente poco a poco voy cayendo. Pero creo que es uno de los momentos más buenos que he tenido en los últimos años, pero, nunca se sabe. Yo igualmente voy trabajando, me voy viendo semanalmente. O sea, trabando con la psicóloga semanalmente pues aspectos más de estos, mentales o, bueno, allí puedo hablar de lo que quiera, al fin y al cabo. Pero que allí puedo tratar cosas para entender, para sentir-me mejor, para desahogarme, no sé, cosas así. Tengo ese espacio que al fin y al cabo puedo hablar hasta de música si quiero, porque hoy le he leído la letra de una canción, porque un día concordamos que podía traer letras de canciones que me gustan y así también podemos abrir o pensar sobre ello, si me relacionan o no. A veces lo hago. La música me gusta, si. Y a veces ayuda a pensar también, según lo*

*que lleve de la letra, si me identifica o algo y luego puede ayudar a pensar y bueno, puedo hablar de lo que sea, pero es un espacio mío, que puedo pensar o puedo hablar de mi o puedo hablar de lo que me gusta o de lo que me ha pasado.*

## 6.2. | TONI

### 6.2.1. Família

*Mon pare és, ho era abans, peón d'una empresa de pisos de lloguer, paleta, paleta... Pisos de lloguer, desallotjar-los i fer la reforma. Ara el meu pare és un conserge d'un pàrquing, no, segurata d'un pàrquing, vale. I ma mare és conserge d'un edifici, d'un bloc de pisos. Sóc de família treballadora, això és innegable. Però la meva família té molt a veure amb la meva malaltia potser, i moltes malalties.*

*Els meus pares tenen la mateix condició social que jo, són treballadors, jo vinc de família treballadora, però clar ells porten el salari a casa, jo menjo gràcies a ells però jo sóc el malalt, quan ho podrien ser ells. Jo tinc una teoria, que si està gravada, que s'escolta bé perquè jo hi penso sobre el status quo de la teva família i del teu status social. Perquè dintre de la meva condició jo m'he anat a un psiquiàtric però després parlava amb el psiquiatre de torn i dir-me que «he vist el teu pare i es molt possible que tingui problemes mentals i acabo de conèixer a ta mare i també és possible que tingui un trastorn d›ansietat agut», o sigui, formo part d›una família que ja de base té trastorns mentals, la pròpia família i jo sóc el resultat, Dintre de la societat hi han uns canons, hi ha unes classes, hi ha un status quo, vale, i en el qual jo estic en contra. Tu, ets el meu pare , tens una responsabilitat més grans que la meva però jo estic diagnosticat, és el que passa a la meva família. Tens un poder d'alienació de societat; tens un treball, etc. Tenen un poder sobre mi tenint enfermetat mental però a mi em reconeixen més la enfermetat perquè no tinc recursos econòmics.*

*Jo el que vull dir és que hi han persones, i aquí parlo de la meva família, de mon pare i ma mare, que no els han diagnosticat, que han parlat amb mi els psicòlegs en privat dient-me que "tu tens un problema de base Toni", que sóc jo, "tu tens un problema de base Toni, però he vist els teus pares i no tenen una bona base de salut mental", però són els meus pares i*

*els hi has de guardar respecte estiguin bojos o no. Vull dir això. Jo puc ser el teu jefe, i estar sonat i tu ser el treballador i aguantar les sonamentes del teu jefe i aguantar les crítiques del teu jefe que està sonat, que és un exemple. [...] Si me'n vaig sol i em pago un lloguer de pis, clar, estaré jo sol però mentre visqui amb mons pares, encara que mons pares tinguin problemes mentals, jo haig de seguir les normes, haig de seguir el seu protocol. Encara que estiguin malalts, amb el status quo social que hi ha gent que té un càrrec important però aquest càrrec el dignifica com a persona.*

### 6.2.2. Infància

*Jo els vaig tindre tota la vida els problemes mentals, des de que tinc 5 anys que tinc problemes, des de que vaig néixer diguéssim. I tinc un problema de base, que en teoria, m'han dit psicòlegs experts i psiquiatres que no es curarà mai però només es pot alleujar, o sigui, alleujar, però que jo tinc un problema. Jo me'n recordo des de que sóc petit, que el noto, que el veig i que està en mi. És molt difícil dir que una persona se'n recordi quan anava a P5 però jo me'n recordo i no és mentida, me'n recordo de P5, que amb 5 anys ja tenia el problema del trastorn obsessiu compulsiu, ja els símptomes els tenia des de molt petit, i bueno, feia rituals, perquè el trastorn obsessiu són de rituals. I em va vindre aquest trastorn des de parvulari. No! Jo me'n recordo, a mi això no m'ho negarà ningú, jo me'n recordo que això, el meu trastorn obsessiu compulsiu el patia des de petit, des de molt petit, des dels 5 anys. No me'n recordo del que feia al pati però me'n recordo que jo tenia el problema. I jo, no és que me'n vaig anar de festa, em vaig beure tres birres i em va sortir un problema. Jo vaig néixer amb un problema, no el va veure el metge al néixer, em va donar una bufetada al cul, jo no me'n recordo però en teoria "el niño ha salido sano pero no ha salido sano de la cabeza". No té a veure amb la intel·ligència, jo puc tindre un trastorn obsessiu compulsiu però no és un trastorn mental de dèficit de Down. No, no per l'aparença, que molts cops a vegades dic aquest tio té cara. No, o sigui, jo tinc problemes mentals, no se'm nota a la cara. I no té a veure amb la intel·ligència però que ho pateixes igual.*

*Jo des de petit era mal estudiant i ja tenia uns símptomes que a casa meva no comprenien gaire, uns símptomes que eren bastant irregulars comparat amb les demés persones. Jo noto els símptomes des dels 5 anys. Parlant de la meva família, recolzament cap. "Aquest nen és un vago que quan sigui gran serà un perla i no vol generar diners, és un perla, no vol generar diners, s'està excusant amb les seves manies, perquè clar, el TOC són manies, però*

*s'està excusant en les seves manies perquè el que vol és ser un perla i ser un delinqüent", que no és veritat, jo sóc honrat. Jo quan era petit el que em deien els meus pares era; "estudia molt perquè en un futur tinguis un bon recolzament econòmic i no et falti de res". No tenia cap diagnòstic (però) jo ho notava i la gent de la classe també.*

*Jo he anat a una escola pública i a un institut públic. A primària t›ensenyen a llegir, a escriure, i a fer matemàtiques; a multiplicar, dividir i ja està. Jo quan anava a la primària i em van veure que tenia uns símptomes, això el professorat no ho veia gaire, però els meus companys ho sabien. No sóc de tindre molts amics però lo que està clar, diguem ritual meu. A primer, amb 6 anys, a la pissarra hi havia one, two, three, four, five, six, seven, nine, ten... fins al 10 en anglès. Llavors, jo em vaig quedar amb el one, em vaig tapar un ull i deia one al revés; one (uan), eno, eno, eno, one, i em tapava un ull. El que tenia al costat es reia. Tampoc era molta malicia, érem molt petits, però que jo això ho feia. Em tapava un ull i llegia el número one (uan) o one, i ho deia al revés; eno, eno, eno... No sé perquè em venia però ho feia. Clar, la reacció de la classe, era "el Toni és un tipo especial". I la gent de primària de classe ningú em feia bullying però jo de primària me›n recordo. I clar, evidentment, tenir trastorns mentals em dificulta l›estudi. També haig de dir que molta pressió familiar perquè estudiés; profes particulars ...La meva família volia que estudiï, la meva família vol que estudi perquè no sigui un treballador perquè sigui un burgés...Perquè s›ha d›estudiar molt per algun dia tindre un càrrec i no treballar gaire.*

*Me'n recordo que em van posar una professora, jo tenia 8 anys o 7, i vaig dir "tinc un examen d'història" i va ser la millor professora particular d'ajuda al cole que vaig tindre. Per què? Perquè em van dir "perquè a tu t'agrada jugar Toni?". "A mi m'encanta", (vaig dir), home tenia 7 anys. Clar que m'agrada jugar, m'agrada ser juganer. I em va fer un joc d'estudi, o sigui, em va proporcionar el control d'examen que tenia d'història amb jocs de taula. Amb jocs de taula, la meva professora, amb la història, em va proposar un joc de taula, en el qual, com era juganer, per treure'm el control. I vaig treure un 9,6. Era una professora particular que al principi quan em va veure, em va dir "El Toni és molt juganer". Mira, tinc un examen d'història, em va proposar un joc de taula, anàvem jugant i mentre jugàvem era un procés perquè jo m'estudies el control. Vaig treure un 9,6. La millor puntuació de la classe va ser un 9,8. Però jo vaig ser el millor de la classe, la millor puntuació.*

*I aquí vull dir un incís d'orgull, i parlant de gent nefasta que ja no està a la meva vida, jo vaig treure un 9,6 però va vindre el meu millor amic de l'escola, que el tio és super simpàtic, va dir: "com que has tret !?". Un tió, no et diré el nom perquè no vull, "com que has tret un 9,6? Jo he tret un 7, tu t'has copiat, tu t'has copiat cabrón, a no, que t'han ajudat, tu has fet algo de... jo he tret un 7 i tu un 9,6..." era el meu millor amic. "Tu t'has copiat, tu no has agafat la segona millor puntuació de la classe per tu mateix, perquè ets un imbècil", m'ho recorden des de petit. Bueno, això és un altre problema meu. Va entrar, tu saps que a l'escola sempre està "el típico xulo cachas que impone en la classe", i em vaig enamorar del tio, del Marcel. No et diré el nom del delinqüent que em va dir que no em mereixia un 9,6. El Marcel va vindre, que és el xulo de la classe, el matón, el matón! Li va dir "eh tio",que passa que el Toni no pot treure un 9,6 o que?". Des de llavors que els tios dolents no són tant dolents, tenia una certa justícia, que me'l va donar el malo de la classe. El més dolent, el que li tirava papers a la professora, va dir "que passa? que el Toni no pot treure un 9,6? ehh" i el tio allà... "el se lo ha sacado", però no, "a él lo han ayudado, a él le han ayudado".*

### 6.2.3. Institut, adolescència i assetjament

*A primària ho vaig passar millor que a secundària. Vaig fer primària normal, cap escola especial, vaig fer l'ESO també sense cap escola especial, tot reglat, normal. Em van donar l'ESO però a l'ESO jo no treia bones notes per res, des de primer d'ESO. Em van regalar l' ESO perquè hi ha gent que li fan repetir, però la gent que li fa repetir afortunada, perquè aposten per la gent que repeteix. A mi em passaven de curs encara que suspengués.*

*Bé, que la professora aquesta particular ja no estava, perquè només la vaig tindre només per aquest control. I res, quan vaig arribar a l'ESO ja mai més un 9,6. Ja tots eren 0 patateros, com deia Aznar, 0 patatero. No, a l'institut no em treia res.*

*Des de molt jove, des de 13 anys a l'institut, quan vaig arribar a l'institut, no podia estudiar bé i em van derivar al psicòleg de l'escola perquè treia molt males notes. En principi em feien fer dibuixos i tal, continuava anant a l'institut, a l'ESO, no vaig anar a cap ESO especial, vaig anar a l'ESO normal. Si, jo me'n recordo que em deien "bueno, pues dibuixa". "Ara em fas un dibuix i escriu-me un conte i ja hem fet teràpia". Un dibuix i una història, i és que va ser aquesta la teràpia. Només vaig anar al psicòleg de l'escola, més tard, en la meva adolescència, als 13 anys cap amunt, vaig anar a diferents psiquiatres. Jo he anat a molts*

*psiquiatres i molts em pregunto de que em serveix, sobre tot a l'institut. Però, bueno, el psiquiatre de l'escola, sent adolescent, el que vols igual sent adolescent, amb 13-14 anys, vols jugar a futbol, i vols sortir al pati, i les neurones alterades i la sexualitat també. Em van enviar, per obligació. Treus males notes, t'enviem al psiquiatre de l'escola i jo que sé. I res. Bueno, jo no entenc mai, jo no sóc psiquiatre, ni psicòleg, però em van fer pintar i escriure un conte, i amb això ells sabran el que fan.*

*Home, el meu trastorn obsessiu compulsiu feia, però és que no em vull excusar sempre en jo tinc un trastorn obsessiu compulsiu "diagnosticado", vale. Treia males notes perquè dec ser tonto. A la gent que repeteix és perquè l'escola ho valora, l'escola valora que diu, necessita repetir per la seva formació, jo era un cas perdut a l'institut. Jo a l'institut, m'anaven passant de curs i em van regalar la secundària, tot sigui dit, me la van regalar. Bueno, 1r d'ESO, 2n d'ESO, 3r d'ESO, 4t d'ESO hi havia una formació d'educació especial, de reforç, (amb) tota la gent que suspenia, i jo vaig anar a aquella classe. I si, m'ho vaig treure, però m'ho vaig treure en aquella classe, que he dit que me la van regalar, bueno, si, la classe de reforç me'l vaig treure. I em van donar l'ESO com tota la classe de reforç, que allà si que podia treure les notes. I allà em vaig treure el títol.*

*Secundària, vaig tindre més rebuig també, a part que no treia notes, no podia... La trobo l'etapa més fotuda de la meva vida, la segona guerra mundial. No, perquè conec gent que es queixa del bullying, conec gent que ha patit bullying. I que et feien a tu a l'escola? I em deia "no, perquè portava bràquets a les dents i es reien de mi", i jo deia, espera, això no és bullying, bueno, comparant, fent comparació. A mi m'esperaven 5 persones, espanyols, catalans, andalusos, extremeños, portugueses, m'esperaven 5 tios a l'escola a donar-me una pallissa, a donar-me unes pallisses... Del meu institut. A donar-me una pellissa i escopir-me a l'oïda, anava a dir a la cara però me'n recordo d'estar al terra amb el cap (girat). Violència, molta violència contra mi. Que jo conec gent ara de 21 anys, 22, 21, que acaben de sortir de l'institut, "jo he patit bullying", no a veure! quin és el teu bullying? A mi m'esperaven a pegar-me, a trencar-me la cara. Tota l'ESO. De 1r a 4t. Molta violència!*

*I jo anava a casa, i "¿Cómo ha ido el cole?". Jo als meus pares no els hi explicava, és que em feia vergonya, em feia vergonya dir, mira "me acaban de dar una paliza y després de la paliza me han escupido en la cara, bueno, en el oido", sent sincer. Vaig dir, a l'escola, "m'han atracat i m'han perforat el timpà", i un tio em va agafar del cap, em va tirar al terra, em va*

*donar una pallissa i em va escopir a l'oïda perquè el tenia perforat. Cap mestre, cap mestre, cap mestre ...perquè suposo que treia males notes i ser tonto no em mereix respecte, ningú em va ajudar. (Els mestres) ho veien però els mestres no poden fer res, perquè són nens. I jo em vaig treure un títol de monitor de lleure -que no me l'he tret, el vaig deixar a mitges-, però sé que és el bullying. Sé que és la humiliació, sé que és la violència. A mi no m'han violat pel cul però han violat la meva integritat, costa dir-ho. Bueno, fa 10 anys d'això, o més. Fa 11 anys. O més, 13 anys. Però una humiliació de que et trenquin la cara. Jo anava a casa amb pallisses que em donaven cada dia que anava al cole. I jo a casa no ho podia dir, a casa em deien "estudia, estudia pel teu futur".*

*Una humiliació per la teva part, et sents humiliat, algú et dona una pallissa, et sents humiliat, no ho vols dir. És una violació, lo que deia de les dones, estan matant dones, estan maltractant dones, estan violant dones, però jo també he rebut la violència com a home i quan veig les notícies, diuen... no és fàcil dir que t'han violat, pues tampoc és fàcil dir que m'han donat una pallissa entre 5 tios i m'han deixat al terra amb "moratones por todo el cuerpo. No, quiza en todo el cuerpo no". A veure si em faig la víctima! però les hòsties les he rebut jo. El meu victimisme no només va (venir) de part d'homes però les dones també participaven amb la meva desgràcia, amb la seva violència, no pegant-me, però verbalment, insultant-me... bueno, i les dones podien pegar, jo no estic discriminant a ningú, que em vulguin pegar... no són menos...Si, que homes i dones en general, conspiràvem contra mi perquè sóc més malo que Franco.*

*Si algú et pega et sents malament. La humiliació no entén de gènere. Per el meu victimisme, aquí estic victimitzant, no sé, és una paraula molt lletja víctima, però jo sóc víctima, de part de dones i homes. I fico dones per no ser masclista, de dones i d'homes. La violència a l'institut, de dones i d'homes. A tothom. No podia denunciar-ho a l'escola perquè o treia males notes i si "yo no soy Bill Gates o yo no soy un il·lustrata pues"... Si, he tret males notes, "pues, de que te vas a quejar de que te peguen", no ho sé. Tampoc me n'anava jo dient "me han pegado, me han pegado", "me han pegado y me voy para casa", tampoc ho vas explicant pel carrer, ni vas a comissaria.*

*Em peguen a l'escola i després violència a casa. "¿Qué notas has sacado?", mira, "no he sacado ninguna nota". Després de que em peguessin a l'escola les dones i els homes, a casa em deien que malament, malament perquè treia males notes. I jo quan tornava a casa*

*portava una ansietat a casa que ni cristo. Portava una ansietat a sobre... I a casa em fotien, em pegaven també, a casa també em pegaven, bueno, espera em continuen pagant, tinc 29 anys, ara no podem amb mi però violència domèstica i violència al col·legi, o sigui, molt fotut. I podria dir coses però són anticonstitucionals.*

*Els rituals (em van ajudar), tinc un trastorn i feia rituals, rituals, rituals, rituals, rituals.... I a la meva família li molesta molt, la meva família és retrograda, no són religiosos, diu el meu pare que és un hippy però a mi, el que em deien els meus pares, després de tota... no ho sabien que em pegaven al cole, no ho deia. No ho vaig dir jo mai, no ho vaig dir mai, i encara es pensen que he tingut una vida de puta marea l'escola, encara no ho he dit.*

*No ho dic perquè la família em maltracta també, indirectament, no amb violència potser, no amb violència també. Ma mare, ma mare agafava i em deia "¿vienes del cole?" amb tancava a l'habitació, donava un portazo a l'habitació i em deia "estudia". "Y así aprendo", per això et dic lo de la professora, quan tenia 7 anys o 8; "ets juganer? et farem perquè et treguis el control d'examen un joc de taula". Vaig treure un 9,6. La segona puntuació més alta de classe, però jo quan anava a l'institut o al cole arribava a casa i la mateix violència que patia a l'escola també la patia a casa.*

*A veure, costa molt que t'humiliïn. Clar, jo arribo a casa amb "moratones" o sense, encara que no tingui "moratones" les hòsties estan donades. I arribava a casa i "¿cómo va el cole?", "bien, bien, bien, me voy a la habitación a estudiar". I deia "va pues estudia! que tienes que ser un hombre de provecho". Després et toca els abusos que patia a l'escola ma mare em tancava a l'habitació i em deia "tanca't la porta, estudia perquè algun dia no siguis com nosaltres", quants cops m'haurà dit ma mare o altra gent quan estava treballant jo en un magatzem "Es que si hubiera estudiado, si hubiera estudiado...".*

*Durant aquest període, jo anava a l'institut. I molt mala experiència perquè anava medicat amb molts antidepressius, i jo no vaig escollir medicar-me, estava obligat pel metge. Deia que ho feia pel meu bé però home, hi han contradiccions, és droga. Sempre et fiquen l'exemple el metge, que si estàs malalt del cap tu prens Gelocatil pel refredat, pues et prens un antidepressiu perquè estàs malalt. Però sempre m'ha donat pel cul perquè ja de primeres et diuen que no és una ciència del tot certa. Et diuen "tu t'has refredat i et prens un Gelocatil, pues si et passa això pues et prens això, lo altre". Però no m'acaba de convèncer, mai m'han*

*agradat les medicacions. Diuen qui si tens problemes, depressions o el que sigui, pues les medicacions van bé per tindre una altra perspectiva mental i viure amb una qualitat de vida millor però per la meva part, a mi no m'agrada. Hi fan efecte! fan efecte!. Quan anava a l'escola prenia antidepressius i no m'agradava ja prendre'm medicaments antidepressius pel matí, per anar a l'escola, també tenen els seus efectes secundaris. Jo en tot l'institut, no li vaig dir a ningú que em medicava i que anava al psiquiatra o psicòleg, evidentment pel rebuig de la classe. Només faltaria dir que prenc medicació perquè em donessin una pallissa pitjor. Potser em tindré de creure això de l'estigma perquè m'ha pegat molt. A l'institut es quan vaig començar a prendre medicació i si, jo no feia "migas" amb els amics, era un marginat i clar, només faltaria dir a algú "mira, prenc medicació" perquè em fiquin més estigma la gent de la classe. M'imaginava que seria molt pitjor. Llavora'ns m'ho guardava per dintre, no li explicava a ningú, ni en tota la ESO que són 4 anys. De 1r d'ESO a 4t no li vaig explicar a ningú que jo em prenia medicació perquè anava a una escola normal, diguéssim, no especial. I allà tenia rebuig i podia haver tingut molt més rebuig que declarant-me que anava al psicòleg i prenia medicació.*

*Jo l'adolescència no ho explicava, jo anava a l'escola, prenia medicació però jo no explicava a cap company de classe que estava en tractament psicològic. Jo a l'escola ho he passat molt malament però clar la gent no sabia que patia res. No, però per això ningú sabia que prenia medicació, si que no val, em feien bullying perquè volien però en aquest aspecte la gent es fa més comprensiva a mesura que va passant l'edat, vull dir-te que si una persona t'estava discriminant per tindre diversitat funcional o problemes mentals potser és quan és més jove quan et discriminen més. "Los niños son muy malos", no sé qui ho va dir això.*

*Amb 17 anys anava a l'hospital de dia de Sant Martí i al costat tenia la Gregorio Marañon que estava estudiant electromecànica de vehicles, mecànic de cotxes, de motos i de cotxes. Vaig fer uns quants (Mòduls o Cicles Formatius), però un d'ells va ser, electromecànica de vehicles. Però resulta ser, que després de la formació professional, al costat de l'escola Gregorio Marañon estava l'hospital (de dia de) Sant Martí. I jo he anat al centre de dia de Sant Martí, he estat. I la qüestió era que tenien un petit pati però em feia molta vergonya. Jo sortia de la Gregorio Marañon, un cop sortia dels meus estudis anava al costat, centre de dia de Sant Martí, i li deia molt als monitors d'aquella institució, els hi deia "estic aquí dintre però d'amagatotis i vaig segons com perquè no em vegin els alumnes de l'escola que estic anant a un centre de salut mental", em feia vergonya, ho haig de dir, ho haig de dir,*

*transparent. Perquè t'estic dient que em pegaven, només faltaria que em veiessin entrar en un hospital de salut mental i m'estigmatitzessin el triple o el quàdruple. M'amagava. Aquí està l'escola i aquí hi ha l'hospital de dia, vale, he acabat les classes, me'n vaig cap a l'hospital de dia, i els hi deia als monitors "és que he entrat aquí però no vull que em vegi ningú de l'escola i per això he arribat tard" o lo que sigui. Em diuen que no preocupés però jo me n'anava d'amagat a l'Hospital de dia, el tenia al costat de l'escola on estudiava mecànica de cotxes, i anava a l'hospital de dia d'amagat. Però perquè no volia que m'estigmatitzessin.*

*Bueno, a formació professional (també em feien) bullying, dec tindre cara de Borbó o de "terrateniente". Al cole van ser tots, a l'institut van ser tots, tots. A Mecànica també van ser tots però ja eren més grans, Bueno, espera, espera, espera. A mecànica un xaval tenia una broca, una broca gran. Jo estava a l'altre punta del taller de mecànica, dels motors, hi havien motors gasolina i dièsel, que estaven desmuntant un "embrague" d'un cotxe, em van tirar una broca que anava pel meu cap, i va rebotar, que no em va donar, gràcies a deu, l'hagués pogut palmar. Aquí ja ho vaig dir a ma mare, "mira que jo estic anant a mecànica però m'estan pegant". A mecànica també m'estaven fent la vida impossible també, i la meva mare va anar a la directora de l'escola, al professorat, la directiva escolar, la ... tot, tot, tot, no fan res, no fan res. Llavors, tu diràs aquest tio està boig, culpa meva, tu diràs culpa meva de què? Culpa meva de no anar amb la cara, donant el meu cos, el meu puny, les meves cames, fer Karate. Hi ha gent que ho soluciona sola, saps, "me estan pegando pues jo primero le doy", però jo sóc bona persona, bueno, no fotis, després del que estic rebent, massa bona persona! Massa bona persona! [...]*

*A la primària em veien com un tio raro, a l'institut molt de bullying i a formació professional em volien matar amb una broca. Llavors dius, hòstia, claro, la pregunta del segle, saps?, "claro, si todo el mundo está contra ti, a lo mejor el problema es tuyo". La típica pregunta, no?, "a claro que todo el mundo te pega, todo el mundo te maltrata, todo el mundo te insulta, a lo mejor el problema lo tienes tu. Pues mira, me hago el harakiri tio, y te comes mis tripas, no?".*

### 6.2.4. Ingressos

*Vaig tindre varis ingressos que m'han comportat tota l'adolescència, quasi. He tingut quatre o cinc, cada ingrés, un de 6 mesos i 3 de tres o quatre mesos. He estat quasi mitja vida tancat, no mitja, però un quart de vida tancat per lo menys. Durant l'adolescència m'estudiaven.*

*El primer ingrés vaig agafar una borratxera, la primera borratxera de la vida, la vaig liar parda. No, jo no bevia, tenia 19 anys,18 o 17. Jo no bevia, ara sóc alcohòlic, però jo no bevia, vaig prendre tres cerveses, se me'n va anar la flepa. Se'm en va anar que vaig anar... bueno, és que... això no és pot dir, però em vaig ficar violent, això sí. No amb la família, però va vindre una ambulància, va vindre la policia, perquè l'ambulància quan tens un ingrés ve la policia també, per ficar resistència i que et tinguin immobilitzat. I "yo estoy mal y pa dentro", bueno, vaig agafar una rabieta que t'hi cagues, és va enterar tot el barri, es va enterar de Llucmajor, fins a Maragall. El meu primer ingrés va ser d'una explosió de ràbia, una explosió de ràbia, després de tres cerveses, que jo no bevia. Ara em prenc tres cerveses i puc parlar amb tu tranquil·lament, però vaig prendre tres birres i se me'n va anar la flepa. No vaig matar a ningú, però si hagués tingut l'oportunitat, si hagués tingut l'oportunitat... la ràbia em podia. Vaig esclatar i em van ingressar i em van lligar... bueno, em van lligar a un altre ingrés, aquí no vull fer demagògia, no em van lligar, però em va ingressar. (Vaig estar ingressat) entre 3 i 6 mesos. Màxim he estat entre 3 mesos i 6. (Tinc records) positius i negatius, no em va molestar gaire. No, perquè ja estava ben fotut. I bueno, em van ingressar i no ha servit de res, les hòsties que he rebut per part dels demés, les tinc a sobre.*

*(Després) no va passar res. Estabilitat, revolució ninguna, la meva revolució hagués... que consti què sóc pacifista (però) hagués agafat i m'hagués liat a tiros, que en l'ingrés aquest que estic parlant, m'hagués liat a tiros. Que em van ingressar perquè estava destrossant estava violent, vull dir, i tenia raó, però no es fica al meu lloc, que és el de la merda, això ho tinc clavat a l'ànima, aneu-vos-en a la merda, m'estic queixant de que està abusant de mi l'estat, al cole, l'institut, primària, profes, tots, tothom... A sobre em van dir esquizofrènic, m'estan donant d'hòsties i em diuen que ho deliro, no, per favor, no. Siguem sincers, siguem sincers, jo, la meva excusa és (que) hagués matat algú aquell dia, m'hagués emportat algú per davant, no, t'ho juro, t'ho juro... L'ingrés em va ajudar per retenir-me, l'ingrés em va retenir la meva revolució, de dir "mira, no te cabrees, te ingresamos y no salgas de la habitación del centro".*

*El meu primer ingrés va ser d'una ràbia absoluta per tot el que estic explicant, va ser una ràbia, em van ingressar i no vaig sortir durant molt de temps, tres mesos, però és molt! I després ja vaig tindre ingressos, altres ingressos, potser relacionats amb el mateix però bueno, ja no anava a l'institut. Que si, que el meu ingrés va ser molt explosiu, molta ràbia, que "se me estan meando y m'escupen en la oreja". Que em van escopir a l'orella quan*

*tenia el timpà perforat, ho van fer expressament, i després de tota la meva ràbia contra tota aquesta humanitat de merda, que poca gent humana queda en aquesta vida, em van ingressar.*

*Si que als 17, 16 em van portar a un Hospital de dia. Més merda per mi que tampoc sabia molt bé que hi feia jo allà. I perquè també, una cosa que em va fotre molt. Vaig anar a l'Hospital de dia i em van fer una putada perquè em van proposar un ingrés. Ja quan vaig anar a l'Hospital de dia ja no hi era el metge que em portava, aquell amb el que em portava tant bé. Vaig anar a un metge i em va diagnosticar allò. Jo hi estava d'acord i crec que allò que em va dir aquell metge, que tenia raó segons el que em deia, és el que se m'hauria de tractar. Em van dir (en aquesta altra )Hospital de dia que allà no feien aquest tractament, que tenien un altre tipus "modus operandi" psicològic. Em vaig enfadar perquè a part, el mateix hospital de dia em va ingressar a hospital de Bellvitge o a la Mercè i allà em van fer un tractament, segons el meu problema. Vaig sortir, vaig tornar a l›hospital de dia i em van dir «el tractament que t›han fet a l›ingrés no és adequat per al centre en que nosaltres estem». Em va entrar un odi, una ràbia, o sigui, em van ingressar, per voluntat de l›hospital de dia, em van donar un tractament en aquell hospital, a l›hospital de l›ingrés!, quan vaig tornat a l›hospital de dia, em van dir que el tractament que m›havien fet en aquell hospital no era adequat per mi! I evidentment, vaig perdre tota la fe amb la sanitat mental, vaig perdre la fe perquè si. Em diuen «és que cada psicòleg, cada psiquiatre/psicòleg té una forma de psicoanalitzar que...»otro modus operandi!...I dic jo, otro "modus operandi" psicoanalític, però jo estava enfadat, o sigui, jo he estat dos mesos o tres ingressat, que m'estaven donant un tractament i ara el tractament que m'han donat me'l volen treure per donar-me un altre i fer-me un altre tipus de tractament. I vaig dir, pues na-nai, a la merda tot! Ja la resta de professionals ja no em van fer el pes amb això que t'he explicat. Vaig tindre un ingrés, vaig tornar a la mateixa institució d'on em van plantejar l'ingrés i em van dir que tenia que fer. I és que em diuen "no, si no ets un conillet d'índies, si tu et prens un Gelocatil pues si estàs refredat pues d'això". Si, i ara quines pastilles em donareu? si ja m'han donat allà, no sabeu el que tinc. Ja, perquè la psicologia és molt complexa, doncs no m'ajudeu tant ja, no m'ajudeu tant i aneu-vos a cagar. Em vaig emprenyar, em vaig emprenyar clar.*

*(La resta) van ser paulatins, després d'aquest esclat de ràbia, després d'aquest exaltament de ràbia, als demés ingressos pues, del pròxim any potser, m'han ingressat quatre cops. I ja després els pròxims ingressos van ser de part de la família. Si que és veritat que tinc un*

LITOGRAFIA
PRESENTACIÓ

*trastorn obsessiu, com he dit abans i vull aclarar una cosa, aquí estic parlant d'un victimisme molt greu, no té res a veure amb l'obsessió, el que jo recolzo és que dintre de tenir problemes mentals,(no) em tractin malament, és aquesta la qüestió. I els pròxims ingressos doncs, van ser perquè bueno, la família. Però ja no van ser els pròxims ingressos perquè vaig estallar de ràbia, ja no. Els pròxims ingressos, clar el primer va ser que va ser molt ràbia, em van dir "este es un peligro público, el peligro público número uno", en broma, sóc de la conya. Si, el primer va ser així, i aleshores després ma família, ma família es pensa que tot el que he explicat, que ho he explicat també, però no em pot recolzar, no. Estic molt desemparat. Bueno, si em roben el futur jo els hi robaré la vida, però al que em roben la vida és a mi també, que sí, que molta ràbia, que ingressin a gent que li han negat la vida, que sóc jo. No m'ho estic inventant, és veritat, m'han tractat molt malament [...]*

*No vull ser Casanova, o no sé que té a veure, t'estic explicant tanta merda... Seré sincer, com he estat fins ara, (també) cada ingrés era una oportunitat sexual, tu diràs "este tio está loco", un poco... Als ingressos està prohibit mantenir relacions sexuals, però jo les tenia, però estava prohibit, i d'amagatotis més excitació. L'ingrés era la meva discoteca chorra-pelada. Que, a veure, jo no estic fent apologia de la meva estètica, ni molt menys, però a cada ingrés que anava jo lligava, que jo deia m'ingressen... perquè ja no estava rabiós, l'emprenyamenta ja se'm va passar, pues "bueno, dentro ya conoceré a alguien que me la chupe de buenas, sin compromiso". "Vamos para dentro, pues me voy para dentro a ver si follo con alguien, no hace falta que me vaya de putas me lio con una loca, no te jode..." No, no, m'he passat de la breva.*

*A l´últim ingrés em van amenaçar, aquí ja tindria 19, 20 anys, estava ingressat, vaig anar a veure al torre del psiquiatre i em va dir "Mira, Toni, si tu no et prens la medicació quan surtis als tres dies et tornarem a ingressar", em va amenaçar el mateix doctor. I si, vaig sortir del ingrés, no m'he pres la medicació que em demanava el metge de l'ingrés i estic fora. I ja no m'han ingressat més. Em van inculcar la por de dir "com no et prenguis la medicació et tornaran a ingressar molts cops i no sortiràs mai". Així t'ho plantegen, però no es veritat, però no he tornat a ingressar des de que l'últim metge, fa d'això 6 anys per lo menys, no m'han tornat a ingressar. És molt amenaçador perquè diuen "t'estem ajudant" però tampoc... penses pels meus...Jo vaig parlar això amb molts psiquiatres que he estat, amb un, amb un em va dir que lo meu no té cura. És probable segons el que han estudiat els metges que m'han portat, que jo el que tinc ho tindré, molt probablement, per tota la*

*vida, per tant, em sembla inútil que em tornin a ingressar. A mi em van dir, el doctor, que és molt probable, que són símptomes que pugui portar al llarg de tota la meva vida, que tindré episodis més forts, més lleus però és molt probable que tingui un símptomes per tota la vida. Llavors, vull viure la vida, no vull estat medicat fins al cul i vull que m'ingressin cada dos per tres i tinc uns símptomes per tota la vida. Llavors, jo ja estava a l'hospital de dia per estar-hi. Però vaig durar poc. Si no em volien ni ells. A l'hospital de dia feien tractament psicològic, psiquiàtric, activitats, futbol, Club social, no és un club social és més centrat. Era un hospital de dia amb les seves teràpies d'activitats d'adolescents, era un hospital de dia d'adolescents, però clar, igualment , em van ingressar contra la meva voluntat i em van donar això, ja ho he repetit mil cops. Sóc més rallat... "Al psicòleg que vas por rallao, eres un rallao, te vas al psicòleg". Si, si, per tot es va al psicòleg.*

*Em van deixar d'ingressar als 24-23, o sigui des dels 18-19 fins als 24. El meu últim ingrés va ser; ingressat, anar a parlar amb el psiquiatre de torn [...] és va callar, vaig anar a la meva habitació, i a la setmana ja vaig estar a fora.*

### 6.2.5. Atenció, professionals i medicació

*Els meus pares estàvem preocupats i em van portar amb un metge privat, psiquiatre-privat. I va ser l'únic doctor amb qui vaig fer migas, migas vull dir que em va dir "a tu et passa això", jo vaig dir si. Allí em vaig quedar conforme, vaig dir, mira aquest doctor entén el que passo. Lo únic es que era privada i són massa proletaris a casa meva.*

*Un metge me la va clavar, em va donar medicació, jo estava satisfet amb el diagnòstic que m'havia donat. I estava d'acord. L'únic que crec que em va entendre va ser un metge privat quan tenia 14, 13 anys. Però ja després quan no he pogut anar a aquest metge la seguretat social em va voler ingressar i vaig sortir però jo no sabia perquè i en tots els ingressos que vaig estar jo no sabia perquè estava tancat. I encara no ho sé.*

*Vaig tindre varis ingressos a varis hospitals psiquiàtrics, he tingut 4 ingressos psiquiàtrics i he anat a varis psicòlegs i, la veritat, no sé de que m'ha servit tanta ajuda. Et van diagnosticant, cada dia que passa més coses. I jo clar, jo vaig simpatitzar amb un doctor perquè veia que si que m'entenia el que passava però hi ha altres metges que em diagnosticàvem més coses que potser era exagerat, potser segons ell no ho acceptava però em volien diagnosticar més coses que jo no veig, que jo la veritat no veig.*

*Amb el doctor aquell (amb qui) hi simpatitzava més, que em va diagnosticar el que tenia, pues ell mateix em deia que jo prenia medicació però que clar que jo tenia que fer l'esforç per canviar perquè amb la medicació i amb el meu esforç podria tenir alternativa de canviar, però igualment, la medicació tampoc ho solucionava i m'ho deia el doctor mateix amb el que confiava. La medicació t'anirà bé, t'ajudarà a funcionar, potser al teu trastorn obsessiu, però és la teva voluntat fèrria de voler canviar i ...Però que la medicació igualment no em curarà ni els deliris.*

*Tu vas al psiquiatre i al psicòleg, sigui a la seguretat social o la privada, espero, s'ha d'entendre que tu tens el problema i que tu has de canviar, tu! i això em fot molt!. I és una cosa interessant que em fa rumiar, jo, "tu Toni tens el problema, tu Toni has de canviar" i és més, et diré una anècdota que s'ha de gravar. El Doctor Menéndez em va ingressar perquè vaig parlar durant una visita amb ell i em va dir que "és possible que tu tinguis un trastorn obsessiu compulsiu però també tens un TDH", i ja tinc un trastorn obsessiu compulsiu, és possible que tingui un TDH però no ho volia acceptar, ja m'estan diagnosticant moltes coses i a mi em serveixen un cafè igual en el bar i no em diu que tinc res. I em van dir, "Toni, et faré un exemple, si hi han 30 alumnes a una classe i tu ets el 30 però n'hi ha un, hi ha un que s'aixeca per la classe per demanar un bolígraf i no està quiet o fa voltes per la classe, ¿qui creus que té el problema els 29 alumnes restants de la classe o tu?". I jo li podria contestar ara mateix i jo li diria que "el tenen els 29 restants de la classe el problema" i clar, dius "eres un dios, que egocéntrico". No, perquè no, perquè si jo m'aixeco és la meva diversitat funcional i si no tinc tinta al boli, com vols que no m'aixequi a demanar-li a un company?. El psicòleg aquest Menéndez no coneix la meva vida, entendre que potser jo m'aixecava de la classe però per això em pegaven, em donaven pallisses i això de que "te roban el bocata, es peor, te ponen chinchetas en el asiento o te roban todo lo que tengas". Molts abusos de part de la gent de la classe, que això al psicòleg li importa una merda perquè jo són un TDH i sóc jo el problema, sóc jo el que haig de canviar davant la resta del món. Està bé, jo entenc, arribo a la conclusió, està bé de ser autocrític però el doctor em va repetir "de 29 alumnes, 30 alumnes, 29 estan a l'aula i tu ets l'únic que s'aixeca, el problema el tens tu" i jo li dic que una merda per ell. Si els demés de la classe són submisos i uns pilotes no és el meu problema perquè jo m'aixequi de la taula, i a part que aquest psiquiatre, psicòleg o psiquiatre parlava amb aquest exemple però aquest home no coneix la meva vida, aquest home m'ha vist a mi dos visites i després de dir-me això em va ingressar, em va ingressar!*

*Me'n vaig anar de casa, tenia problemes amb ma mare, me'n vaig anar a viure amb ma tieta al Carmel i estava dormint i em va despertar la policia i el metge. I res, que un ingrés no és maco i que et diguin que tu tens un problema i fer-te veure que tu has de canviar per els demés em toca molt les pilotes perquè jo tinc problemes però els demés no es porten bé amb mi jo no haig de perquè canviar, home jo puc canviar si estic malalt, però és que és diferent, aquí, aquest doctor estava parlant d'actitud davant de la vida, jo no em considero un "asesesino" com per merèixer un càstig com el que em va fer aquest doctor Menéndez. A mi em sembla una actitud feixista, no sé. Els 30 alumnes han d'estar asseguts, atents al professor, si es mou un i s'aixeca aquest és el dolent, aquest ha d'anar ingressat. I aquesta és l'explicació del metge i jo ja vaig anar ingressat, "por malo voy" i ara clar jo em reafirmo.*

*És això, que segons el que tinc entès, segons el que he viscut jo, hi han moltes formes de psicoanàlisi, llavors quina és la veritable? i quan em diu el metge, «si et trenques una cama t›has de ficar una escaiola «. Però és que el metge, el traumatòleg quan et fica una escaiola et curaràs al cap de dos o tres setmanes i et trauran l›escaiola, faràs una petita recuperació i et recuperes, però en el món de la psicoanàlisi mai se sap, todo es posible, todo es relativo, no té sentit. No és una ciència. M›estan demostrant i es el que em diuen que es una ciència incerta, que encara el servei està per explorar i llavors no em convenç. No dona credibilitat. És que clar, quan el metge em diu que és lo mateix un trauma a la cama que al cap és mentida, perquè si a tu a un cirurgià li tens que fer un "bai-pas coronario" al cor a un home que ha patit un atac de cor, com siguis un mal cirurgià el pacient és mor. Amb la psicologia amb dues medicacions però no saps si et curarà, has de fer esforç tu! A part de que em dona medicació has de fer un esforç. Jo ara prenc molt poca medicació perquè m›obliguen. I també perquè crec que la necessito, això si que és cert, no tot m›ha anat malament, si que prenc medicació però lo mínim que he pogut combatre per prendre lo mínim, perquè la medicació també atonta. I és això que no cura! no és "pren medicació", jo si és refredat i em prenc un Gelocatil em curo però amb l'enfermetat mental no! Llavors, aquest és el meu problema.*

*Aquí està una cosa que comparteixes amb gent que quan estàs ingressat en un psiquiàtric i ho comparteixen molts pacients crec jo, perquè he estat ingressat quatre cops, que és que som conillets d'índies, un quan està dintre, allà no puc dir que em prenc dos pastilles, allà si en prenc cinc n'he de prendre cinc perquè sinó et fan obrir la boca. Hi ha un protocol. Però clar et trobes amb la gent del psiquiàtric que és això que parlàvem abans sobre l'estigma,*

*que dintre del mateix cúmul de la sanitat mental hi han prejudicis entre la mateixa gent, no?. "Mira ese mongolito", per exemple, anem a ser políticament incorrectes, estàs ingressat i "el mongolito de la habitación 500", perquè sempre, a mi sempre, m'ha tocat molt els nassos lo de "si se nota la enfermedad" o no. Si que hi han prejudicis entre els mateixos malalts, això si. O sigui, tu estàs pitjor que jo. Que estic aquí, que un home que estigui diagnosticat i també t'hi fiques amb ell, amb la mateixa malaltia.*

*(Durant) el meu últim ingrés 23-24 anys vaig, anar a parlar amb el psiquiatre de torn que em tocava aquell dia, i va dir "Mira Toni, tu tens un problema de base, però he vist a ton pare...", "He vist a ton pare i no té l'actitud d'una persona d'estabilitat mental i acabo de conèixer a ta mare i veig que pateix "d'estrès i d'ansietats molt greus", és va callar, vaig anar a la meva habitació, i a la setmana ja vaig estar a fora, i a la setmana ja vaig estar fora. O sigui, formo part del (si) d'una família que ja de base té trastorns mentals, la pròpia família i jo sóc el resultat. [...]*

*Després d'anar a molts metges, molts psiquiatres, molt psicòlegs em van explicar sobre el Club Social Obert, em van donar recomanació. Va ser recomanació de la meva mare, que és conserge, d'un veí, el Manuel, un senyor gran, que viu a l'escala on treballa ma mare i li va explicar la meva vida i em va recomanar un amic de ma mare diguéssim, que era membre del Club Social. No va ser especialment el psiquiatre o el psicòleg el que em va recomanar el Club Social Obert, va ser una recomanació de gent de fora, en aquest cas d'amics de ma mare. I porto des dels 19 anys.*

*Al Club hi estic a gust perquè entenc que el club social és derivat de la SM però ja m'heu deixat clar i ja es veu que és un club d'oci. És un club d'oci on es fan activitats i en cap moment m'he sentit pressionat perquè em prengués la mediació. Em sento molt còmode al club social perquè no és una consulta del psiquiatre ni és un hospital de dia. És un club d'oci. On es recolza no només hi participi gent amb problemes mentals, també gent de qualsevol gremi. I a mi això em senta de meravella perquè crec que és un bon treball el que feu. [...]*

*La medicació, jo me la prenc i ara noto que la necessito, que mai m'agrada la dependència però jo estava anant al psiquiatre perquè jo també ho passava malament. He passat un episodi d'insomni molt molt fort, un episodi de no dormir. I amb la medicació que prenc per*

*la nit deixo de pensar, m'anestesio tant que dormo molt bé, em prenc un Ribotil i un Ciprexa, dues pastilles per la nit i dormo de conya. Això és un benefici que em dona la medicació.*

*Cadascú té els seus gustos, a mi m'agrada la música, la bicicleta, ara que jo puc tocar música i anar en bicicleta prenent medicació però és de part meva que no l'accepto jo. O sigui, jo prenc, ja t'he dit, prenc aquestes dues pastilles però per dormir i perquè m'ha anat de conya. I no en vull prendre més. El problema és que jo prenc aquestes dues medicacions que t'he explicat ara, però quan tingui hora amb el psiquiatre -que hi falto bastant; "em pot donar hora per un altre dia?", i arriba el dia següent "mira que em pot donar hora per un altre dia?" i ens veiem i em diu "doncs portes dos mesos sense veure'ns, què tal?"-. Si que m'ha de fer un seguiment de la medicació, perquè et va donant diferents, però m'ha donat aquestes dos que concilio el son perfectament i no vull que me les canviïn, ara com un toxicòman "yo quiero mi Ciprexa y mi Ribotil para dormir", el necessito, ara noto que el necessito. Jo, potser amb anterioritat diria "no, ja dormiré pel meu compte" però si que m'ajuda, "el Ciprexa i mi Ribotil". Abans he estat parlant que la mediació, que no és una ciència certa, que clar, que m'emprenya, et donen medicació i et diuen que potser no serveix però per apaciguar, és un calmant, no cura, és aquesta la meva queixa, però jo estic prenent aquestes dues mediacions i dormo com haig de dormir, perquè no dormia i això m'ajuda. Jo ara em prenc aquestes dues pastilles i amb això ja porto anys, i no me les canvien perquè ja em coneixen allà al CAP. El psiquiatre de la seguretat social i jo sabem que no col·laboraré, jo els hi he explicat molt conscientment, jo això m'ho prenc però tot el que em doneu ja no hi participo, ja no ho vull canviar més. I si, la medicació si que m'ajuda. Controvèrsia, no? Abans m'estava queixant de que la medicació no cura, que és una merda i ara t'estic dient que si que m'ajuda. Però si fos pel psiquiatre faria el que volgués.*

### 6.2.6. "Maduresa"

*Et vas fent gran i vas madurant, i si ets autocrític, jo tinc un problema per tota la vida, és possible, però clar, tu vas convivint amb el problema i jo crec que a mesura que et fas gran el vas combatin cada vegada més. Et vas fent més fort perquè el vas combatent a mesura que et fas gran, és un símptoma de maduresa. És un esforç contra tu mateix, et donem medicació però tu també has de fer l'esforç per canviar. Pues, jo encara que prengui menys medicació, el que em fa millorar la meva malaltia (és) que a mesura que em faig més gran em vaig fent més fort, em vaig autoreflexionant més amb mi mateix per combatre les meves*

*neures. Quan jo era petit no controlava tant com ara. Jo fa quatre anys o menys, potser no podia tindre una conversa tant fluïda com ara. No, no, perquè la meva malalta m'impedia fins i tot parlar. Jo he estat fotut i estic fotut. Bueno, tampoc vull dir estic perquè haig de millorar, clar perquè si t'ho vas dient també "que estoy malo" t'ho creus i això tampoc pot ser, però em pilles tres anys, quatre anys enrere... jo amb l'ansietat que tenia, a vegades no podia ni parlar, ni mantindré una conversació coherent, un diàleg. A mesura que et vas fent gran et vas recomposant tu les neurones. És com el gimnàs, el cervell, el cos, pues en el cervell; vas al gimnàs, pues aixeques 10 kilos, però quan portis 15 dies aixecaràs 20 o 30. Pues lo mateix amb la salut mental, i el mateix psiquiatre i psicòleg diu que l'acte voluntari el fet de canviar per els teus problemes. Pues, com canvio perquè jo ara dic que estic millor, una autoexigència o una fèrria voluntat, de part meva, per canviar i que no m'atossiguin els meus pensaments "enfermizos". A mesura que et vas fent gran, treus noves eines, et vas esforçant. Això si et dones compte que hi ha algo de tu que no va bé.*

# 7 PATIMENT SUBJECTIU MASCULÍ: ESTRATÈGIES DE MASCULINITZACIÓ I D'AFRONTAMENT EN UN CONTEXT D'HIBRIDACIÓ

Un cop desgranada, contextualitzada i situada la masculinitat (a partir d'analitzar els elements que la conformen segons la teoria i les percepcions dels joves socialitzats com a homes seleccionades fins aquí), en aquest capítol volem desenvolupar l'anàlisi i discussió sobre les dades etnogràfiques obtingudes, les quals ens permetran aprofundir en la relació entre patiment psíquic i masculinitat. Per fer-ho ens basarem fonamentalment en tres elements. En primer lloc, ens fixarem en la relació que s'estableix entre masculinitats hegemòniques, subordinades i marginals (les dues últimes, fracassades respecte al model hegemònic) en el camp del patiment mental masculí, i intentarem argumentar per què aquestes tres dimensions no es corresponen amb persones, sinó que més aviat circulen en funció del context i el tipus d'interacció. En altres paraules, tal com explica Coles (2009) i hem vist a la figura 2 del tema 1, una mateixa persona por representar diferents masculinitats en funció del lloc i el moment, o fins i tot de manera simultània. En tot cas, aquí ens interessa mostrar com en tots els casos es produeix una participació -activa o passiva- en la construcció d'un model jeràrquic entre tipus de masculinitats, ja sigui a partir de donar suport al model o a partir de negar-ne l'existència. Aquest primer element té a veure amb dues idees clau. D'una banda, la idea que la masculinitat, tot i ser posada en dubte, recupera (o intenta recuperar) la seva potència a partir de subalternitzar les dones i altres homes; en aquest sentit, i seguint una de les tesis de Segato (2016), la violència és un exemple de maniobra de recuperació de la potència masculina (fracassada, en aquest cas) a partir de la validació *homosocial*. I, d'altra banda, partint de la idea provinent dels *disability studies* amb perspectiva feminista, segons els quals els rols de gènere són inaccessibles per a persones amb diversitat funcional o, si més no, la seva identitat de gènere es veu modificada o qüestionada (García-Santesmases, 2015), en el nostre cas a partir de la seva condició de *trastornat* o *malalt mental*.

En segon lloc, a partir del treball de camp realitzat, identificarem les principals *estratègies de masculinització* (De Martino-Bermúdez, 2013) que apareixen durant l'etnografia i que són fonamentals per a la reproducció d'una estructura social jeràrquica i *generitzada* entre nois, i entre nois i noies o altres identitats de gènere no normatives. De Martino-Bermúdez entén aquestes estratègies com a "prácticas sociales que dejan de ser componentes esencialmente estructurales o subjetivos, para articular ambas dimensiones" (2013, p.296). L'autora empra conceptes com l'*habitus* i el *camp*, basant-se en les teories de Bourdieu (1988, 1988*b*, 1997 i 1999) i Coles (2009), per conceptualitzar aquestes estratègies. Les entén, per tant, com a conjunt de pràctiques -des d'una perspectiva de classe, de gènere

i interseccional- a partir de les quals els individus i les famílies tendeixen, de manera més o menys conscient, a conservar o augmentar el seu patrimoni, en termes de classe però també d'estatus masculí. I, d'aquesta manera, també la seva posició dins de l'estructura social (Bourdieu 1988*a*).

En tercer lloc, ens centrarem en quines són les conseqüències d'aquest ideal cultural, sostingut, com dèiem, a partir d'estratègies (com a conjunt de pràctiques), en termes d'expressió i abordatge del patiment psíquic en diferents nivells. Per tant, estudiarem com produeixen patiment en les persones socialitzades com a homes i el seu entorn, però també com condicionen la manera de manifestar i (auto)atendre aquest malestar. En aquest apartat, abordarem també el que es coneix com a *coping strategies* (que hem traduït com a estratègies d'afrontament) en el cas de l'aflicció masculina.

Partim en aquest capítol de la relació circular que hi ha entre aquests tres elements mencionats, on el procés d'hibridació del model de masculinitat actua de manera transversal perquè ens situa en un moment històric i un context cultural determinat. Dedicarem un apartat també a veure com aquesta hibridació -més enllà del context de la salut mental- modifica les estratègies, les pràctiques i els ideals de masculinitats vigents i té efectes sobre el nostre camp d'estudi. Paral·lelament, entenem la hibridació com a conseqüència de la (re)significació que es produeix en el camp del patiment psíquic de la relació entre masculinitat i vulnerabilitat/dependència. Un procés que no és exclusiu d'aquest camp, però que es posa especialment de manifest en contextos on el patiment desborda un ideal de masculinitat autosuficient, el qual és incompatible amb la vulnerabilitat intrínseca i la naturalesa interdependent de l'esser humà. Abordarem aquesta tensió a partir de dues possibilitats o dues reaccions davant de la hibridació, les quals acostumen a aparèixer en qualsevol procés de transformació. La resistència, negació o protecció d'un model que aporta coherència identitària i privilegis, d'una banda, i el desplaçament de la relació entre vulnerabilitat i masculinitat com a oportunitat per a la transformació i punt de fuga, de l'altra.

Per construir aquest capítol, em basaré fonamentalment en tres elements: les narratives de joves *psiquiatritzats* socialitzats com a homes, narratives de professionals del camp de la salut mental infantojuvenil i vinyetes o escenes del treball de camp realitzat en un dispositiu comunitari de la xarxa de salut mental. Aquests tres elements ens permetran triangular la

informació i obtenir una *descripció densa* (Geertz, 1991) del camp estudiat i un diàleg entre teoria i dades qualitatives.

## 7.1. | Masculinitats en contextos *psi*: jerarquies, superposicions i pràctiques

> A veure, és que com a home deixo molt a desitjar […]. No, no, mai m'he considerat un home sencer, mai m'he considerat… Això no li ho explicaré al meu psiquiatre, però mai m'he considerat un home, un home que diguis "quin home!", no? A mi… m'agradaria [dir] "quin home!", però no soc home, no […]. Mon pare tampoc crec que ho sigui i té 60 anys, ser home per mi és una paraula forta, és una paraula d'adult més que madurat. Jo estic aprenent encara, jo estic en projecte d'home, em falta… em falten potser valors, una mica més d'ètica, em falten certes actituds potser perquè em diguin "quin home", no? […] Autosuficiència, responsabilitat i seguretat. Que són tres coses que no tinc. Podria dir-te'n més, però ara m'han sortit aquestes. **(Toni, 27 anys)**

Totes les persones que hem estat educades com a homes o que hem vist a d'altres ser educats[86] com a homes sabem que no n'hi ha prou d'enunciar la masculinitat o saber-ne identificar les característiques, sinó que cal demostrar-la. I no n'hi ha prou de fer-ho una vegada, sinó que es tracta d'un exercici recurrent, continuat en el temps i revisable en qualsevol moment i context relacional nou. A partir de les paraules del Toni, i si analitzem les idees principals que se'n desprenen, pràcticament podem articular tota aquesta primera part del capítol. La masculinitat (hegemònica, podríem afegir-hi) no és un punt de partida, és un lloc on arribar, un destí, un ideal, un objectiu. Això reafirma la idea que som homes no perquè naixem homes, sinó perquè ens hi convertim, n'"aprenem", ens diu el nostre informant. Una constatació que el constructivisme social i els feminismes fa dècades que expliquen a través del sistema sexe-gènere. Però hi ha un altre concepte o idea important que apareix en aquesta narrativa, que és la idea de *falta*, de mancança. Sempre hi ha quelcom que ens allunya de la masculinitat completa o ideal, ens manca alguna cosa per acabar de ser homes complets.

[86]Partim d'una idea d'educació àmplia, més enllà de l'escola i la família; hi incloem amistats, mitjans de comunicació, etc

Com hem vist i analitzat, les característiques que defineixen la masculinitat en el nostre context cultural i històric -segons els nois que van participar en la primera part de l'estudi- es poden concretar a partir de característiques i atributs específics. Reprenem, a partir d'un exemple, algunes d'aquestes idees associades a la masculinitat, aquesta vegada no amb la voluntat de presentar un informe exhaustiu de tots els elements que hi apareixen, sinó per entendre el procés a partir del qual es categoritzen i jerarquitzen. En aquest sentit, adjuntem la resposta que van donar tres homes joves i amb patiment mental -que formaven o havien format part del circuit de salut mental- durant un taller sobre masculinitats que vam realitzar en un cicle sobre sexoafectivitat a la ciutat de Barcelona. Segons ells, i tal com vam recollir en el diari de camp, els següents elements "els definien com a homes":

> 1. Groc/negre – Bromes – Agressivitat/duresa – Pantalons amples – Tenir-ho tot sota control – Has dit moltes coses massa ràpid.
> 2. El sexe – L'heterosexualitat – Sentiments, atracció cap a una dona – Tindre barba – No pintar-me les ungles, cosa que m'agradaria.
> 3. Pantalons curts o llargs, m'agrada escoltar tot tipus de música, soc molt competitiu, m'agrada despuntar. M'agrada el blau, [el rosa] i el lila. El blanc també. M'ho passo molt bé en l'acte sexual i ho faig passar genial el temps que hi dedico quan sorgeix. **(Diari de camp, 17.11.2017)**

D'entrada, podem identificar tres tipus de característiques que defineixen la identitat de gènere masculina. En primer lloc, les que reafirmen la masculinitat i, per tant, formen part de la llista d'ideals i postulats que conformen la masculinitat hegemònica en un moment i lloc concrets ("agressivitat", "duresa", "competitivitat"…). En segon lloc, les que es perceben com a contràries al model, és a dir, que posen en qüestió la masculinitat o, en altres paraules, que conformen la masculinitat subordinada. En aquest segon cas, es poden expressar com a característiques penalitzades socialment i, per tant, negades o ocultades en determinats contextos. O, en funció de la intencionalitat, com a qüestionament o impugnació del model hegemònic, amb una voluntat política i transformadora, podríem afegir-hi. En el cas de "No pintar-me les ungles, cosa que m'agradaria", en la mateixa formulació de la frase s'hi fa palesa la norma a partir de la negació d'allò femení, el desig i la impossibilitat de transgredir aquesta norma social. En tercer lloc, hi trobem les característiques o elements que apareixen com a neutrals o *no generitzats* ("tot tipus de música"…).

Val la pena remarcar que en aquest exemple, com argumentàvem al capítol 5, el que s'associa a la biologia i al cos perd centralitat, ja sigui perquè es dona per descomptat o perquè no

s'associa a la masculinitat social (o socialment construïda) sobre la qual versava l'activitat. Tampoc no apareix cap referència a la identitat de gènere com a elecció o decisió conscient. Més aviat tot té a veure amb l'expressió de gènere ("tenir-ho tot sota control", "m'agrada despuntar"…) o la preferència sexual ("L'heterosexualitat", "sentiments d'atracció cap a una dona"…). És important situar aquí -tal com analitzarem més endavant a l'apartat de les estratègies de masculinització i hem mencionat en capítols anteriors- l'heterosexualitat en un context heterosexista i més enllà del desig. Amb això volem dir que no és tan important el desig sexual en si mateix, sinó més aviat l'heterosexualitat com a construcció simbòlica, és a dir, com a conjunt de pràctiques (*doing gender*) associades a la masculinitat hegemònica. En altres paraules, i com veurem a l'apartat següent, pots quedar exclòs de la masculinitat hegemònica i formar part de la subordinada pel fet de mantenir relacions sexuals amb homes o per sentir desig cap als homes, però també simplement per "semblar gai", la qual cosa no té a veure amb el desig sexual, sinó amb una expressió de gènere no normativa (el que es coneix popularment com a *ploma*).

Durant el nostre treball de camp, observem com aquesta sensació d'incompletesa que descrivia el primer informant té veure amb el gènere, però també amb l'edat i la "immaduresa", que es construeix en relació amb l'adultesa però també en relació amb un model de masculinitat adult (família, feina…). Apareix, per tant, la joventut com a moratòria (Dávila, 2004; Feixa i Rubio, 2017; Chávez, 2005, entre d'altres) o sala d'espera d'una edat adulta que encara ha d'arribar. Aquesta és segurament una de les definicions possibles de l'adolescència en el nostre context: un temps per venir caracteritzat pel que una persona deixa de ser però encara no és. Una espera o estat liminar que hauria de ser transitori però que, en el cas dels homes *psiquiatritzats* (o molts), s'allarga en el temps i, per tant, es cronifica. Això fa que mai no s'arribi a ser home adult del tot, una espècie d'infantilització (relacionada també amb la negació de la sexualitat i, per tant, del trànsit cap a l'adultesa) o feminització de la masculinitat que deriva de l'estigma del trastorn:

> Y también yo, yo es que no tengo una… no es que no tenga personalidad, sino que como que no me… no me ven como maduro aún […]. Maduro, o sea, como ya hecho de… Pero quien sabe por mis… […] Porque a veces yo le molesto a alguien, o sea, yo me meto… estoy jugando así, chincho, o sea, así, molesto o… y eso es como más de un niño que más de un chico de 26 años, ¿sabes? **(Nicolás, 26 anys)**

> [A la pregunta de "Com et veus en un futur?":] Pues me gustaría tener una novia, unos hijos, un perro, una casa, un coche, una moto… un yate. **(Néstor, 25 anys)**

L'expressió d'estar "ya hecho" entrecreua masculinitat i adultesa a partir d'un ideal de completesa encara no assolit, encara incomplet, però desitjat, tal com veiem a la segona narrativa. No trobar feina i no treballar, no tenir parella, viure amb els pares/mares sense horitzó de poder marxar de casa, entre altres coses, posposa una situació d'independència o autonomia que fracassa i que, per tant, no es *fa* adulta.

En el nostre estudi, és central una segona articulació o intersecció, aquesta vegada entre gènere i trastorn o situació de patiment mental, la qual definirà i configurarà les categories de masculinitat i el seu lloc dins de l'estructura social. En funció del context, el tipus de relació o els components de la interacció, tindrà més pes un element o un altre o, en tot cas, una articulació de totes dues. En l'àmbit general, observem una incompatibilitat entre ideals de masculinitat -com l'autosuficiència, la seguretat personal o el treball productiu- i els processos de *salut/malaltia(patiment)/cures*, però això no exclou la jerarquització entre diferents masculinitats en un context com l'etnografiat (hegemonia interna)[87]. Ens ho podem imaginar, tal com planteja Coles (2009), com a cercles sobreposats de relació entre hegemonia i subalternitat, on els processos psiquiàtrics situen molts dels homes en una situació de marginalitat i de masculinitat marginada en l'àmbit social, però això no exclou altres relacions jeràrquiques a petita escala. La següent narrativa explica, en primer lloc, aquesta incompatibilitat entre masculinitat hegemònica i *psiquiatrització* a escala més global:

> Jo tinc un trastorn obsessiu compulsiu, un trastorn d'ansietat i ja n'hi diuen l'*enfermetat* del dubte, i jo tinc una *enfermetat* mental, dona el cas que la tinc, tu, toca't els collons, però és l'*enfermetat*, segons m'han tractat molts psicòlegs i psiquiatres, és l'*enfermetat* del dubte, de la inseguretat. Al contrari de la seguretat, jo tinc un problema que va en contra de la seguretat, és inseguretat total. Però, clar, el meu problema no es resumeix com a home, però jo tinc inseguretat. Tal com ara marxo d'aquesta entrevista i deixo el seient d'una manera, per la inseguretat, jo agafo la cadira i la fico de mil maneres, i perdo tres minuts per ficar segur la cadira, però jo que m'aixeco de la cadira a la primera vegada que m'he aixecat de la cadira, la cadira ja està bé però tinc un problema de tocar les coses, de rectificar-les, d'ordenar-les, perquè estigui segur en el seu mil·límetre. El problema és que si jo m'aixeco de la cadira, *pues* quan m'aixequi abans d'anar-me'n, la revisaré, no tindré seguretat, això no és ser segur. El meu problema és el problema de la inseguretat i per mi el que defineix si és home és la seguretat, i el meu mateix problema és aquest. **(Toni, 27 anys)**

[87]Demetriou (2001).

Apareix una tensió irresoluble entre els efectes del "trastorn" i les idees associades a ser un home. Seguint l'esquema de Connell (1995), això col·locaria les masculinitats *psiquiatrizade*s en una posició de marginalitat (on també situa els homes negres) per la seva condició de "bojos", respecte a la dialèctica entre hegemonia i subordinació dels diferents tipus de masculinitat. Però el propòsit d'aquest treball és superar o construir una etnografia basada en una anàlisi més dinàmica entre els diferents tipus de masculinitat i la relació entre elles, que superi l'esquema de Connell, el qual ha estat criticat per la seva rigidesa. Per això cal situar aquesta relació com quelcom canviant i que opera de manera simultània o superposada en diferents nivells i *camps* o *subcamps.* Aquí apareixerien altres elements vinculats a l'*habitus* i a les formes de *fer* masculinitat que determinaran aquestes relacions, les quals moltes vegades es manifesten de manera vertical i jeràrquica, però altres vegades també de manera horitzontal. Recuperant l'exercici ontològic sobre la vulnerabilitat que proposa Cavarero (2009), podem partir de la idea segons la qual l'ésser humà es troba totalment exposat a l'*altre*, tant a la seva protecció com a la seva agressió. Per tant, ambdues dimensions (violència i cures), les quals observem entre homes *psiquiatritzats*, seran expressió de la mateixa vulnerabilitat ontològica i aquesta idea és fonamental.

Durant el treball de camp, un dels principals *subcamps* on analitzar les interaccions entre masculinitats dominants i dominades ha estat l'activitat de futbol del Club Social. Aquest espai resulta especialment interessant a causa del lloc privilegiat que ocupa aquest esport dins de la cosmovisió masculina. Els entrenaments, la lliga, els partits i tots els derivats de l'activitat de futbol -com ara el lloc que ocupa aquesta activitat en la vida social (en línia i fora de línia) de molts dels nostres informants- són un reflex de l'espai que ocupa en l'arena social aquest esport. Un context que, com a conseqüència del desinterès personal que hi he mostrat, al principi no va despertar la meva atenció, en termes etnogràfics. No vaig començar a analitzar aquesta activitat com a part de l'etnografia fins que vaig ser conscient de la centralitat d'aquest esport en el procés de masculinització. I és que, com diu Goffman (1977, p.322), el futbol i l'esport és un "training ground for the game of life".

En el nostre cas, l'activitat de futbol és un espai que combina, d'una banda, la inclusió, el sentit de pertinença, la cura i la (re)vinculació de molts dels nois amb els aspectes socials i relacionals després d'itineraris d'aïllament i exclusió. De l'altra, la violència, la competitivitat, la dominació, la duresa, l'individualisme i la negació de l'altre. Aquest context és un dels aparadors fonamentals per entendre les relacions entre *subhegemonia* i *sub-subalternitat*

(Coles, 2009) dins del subcamp de les masculinitats amb patiment mental. Moltes de les dinàmiques són extrapolables, amb matisos, a altres contextos o espais masculinitzats, on segurament el que varia només és el grau d'exclusió o posició social dels protagonistes.

Des del setembre del 2011 fins al juliol del 2018, he format part de l'activitat de futbol com a educador i segon entrenador. Inicialment, la meva principal motivació va ser etnogràfica, però amb els anys han anat prenent forma altres motivacions més enllà del treball de camp: educatives, afectives i laborals. Aquesta activitat es desenvolupa en dos escenaris principals: el camp on s'entrena i els partits de lliga que cada quinze dies tenen lloc a diferents punts del territori. En tots dos escenaris podem parlar d'un centre, que és l'activitat esportiva (exercicis, escalfaments i partits), i una perifèria (moments anteriors i posteriors a l'entrenament, grup de WhatsApp i Facebook, viatges amb tren i cotxe als partits, i tot allò que passa als marges mentre el joc es desenvolupa: converses, banqueta, públic). Els partits de lliga concentren l'atenció principal i tenen més pes simbòlic dins del grup que tota la resta de moments. El que passi durant els minuts de partit (jugades, gols, conflictes) tindrà conseqüències posteriors importants, serà tema de conversa durant dies o setmanes i establirà relacions de poder o aportarà estatus als diferents membres de l'equip. Aquest estatus dependrà principalment de dos factors. D'una banda, de l'habilitat futbolística: velocitat, control de la pilota, entrega, visió de joc, fortalesa, potència i habilitat en el xut i, sobretot, la quantitat de gols marcats durant la lliga -i, en menor mesura, durant els entrenaments. De l'altra, de la posició social de la persona dins del grup, determinada segons antiguitat, carisma, seguretat personal, quantitat i densitat de les relacions dins del grup i autoritat. Totes aquestes característiques i factors tenen relació i s'influencien mútuament, però el primer factor (l'esportiu i físic) és més determinant que el segon. Dit d'una altra manera, una persona que acaba d'arribar a l'activitat però que té molta habilitat amb la pilota automàticament passa a tenir un rang elevat dins del grup, i això no sempre passa al revés. Cal matisar que més estatus no sempre implica un reforçament de les relacions interpersonals (quedar més enllà dels entrenaments i partits o tenir un vincle de confiança més fort), només amb el lloc simbòlic que ocupa dins de l'activitat de futbol.

Hi ha un element transversal que determina, en gran manera, els dos nivells anteriors i, per tant, l'estatus dins del grup. Té a veure amb el punt en què es trobi la persona respecte al seu patiment mental o itinerari de *psiquiatrització*, la qual cosa inclou: la medicació i els seus efectes, el diagnòstic i la seva gravetat, el nombre i durada dels ingressos, el suport social

i familiar que té la persona, el nivell socioeconòmic, el grau de violències i exclusió rebuda durant aquest procés o, al contrari, el nivell de participació en la vida social i comunitària de la persona (estudis, feina…). Aquest darrer conjunt el resumirem a partir de la idea del *grau de cronificació* i *institucionalització de la persona*. Durant aquesta observació participant, ha estat impossible respondre del tot a un interrogant força central per entendre els processos de masculinització: quins són els elements que fan que el grup es relacioni amb la vulnerabilitat de persones amb un major grau de cronificació i institucionalització a partir de les cures i una certa dosi de paternalisme? O, al contrari, quins elements fan que es converteixin en receptors de les violències que permeten als líders del grup reafirmar la seva autoritat i sobretot donar una sortida al seu malestar? En tot cas, i seguint la proposa de Cavarero (2009), hem observat que el grup, en funció dels lideratges i la seva evolució, pot actuar com a espai per a la cura (horitzontalitat) o com a espai d'hostilitat i dominació (verticalitat). En el següent fragment del diari de camp, hi apareix aquesta pregunta i una possible explicació:

> Entrenament: tranquil, som pocs i això abaixa els ànims. Fa fred. Jugo el partit amb ells. Ambient molt distès. Cal destacar: Són capaços, especialment l'Elías i l'Óscar, de dir-me coses boniques i cuidar-me quan entro al camp. Feia molt que no jugava amb ells. Malgrat que no jugo bé a futbol, o en tot cas bastant pitjor que molts d'ells, hi ha la capacitat de valorar i reconèixer l'altre; segurament té a veure amb el meu rol d'entrenador i la meva posició de poder. Entre ells això es presenta com una cosa més complicada: entre iguals preval la competició, ficar-se amb l'altre, exigir o riure's de l'altre. Es cuiden a la seva manera i hi ha excepcions -amistats sòlides que es porten molt bé o hi ha una relació fora (Óscar-Elías o Elías-Ivan) o quan hi ha una relació desigual o una sensació que l'altra persona és més vulnerable. Però no sempre és així, depèn de qui escull el grup i, sobretot, les persones amb més lideratge dins del grup. El Carles, el Pol, l'Adrián, són persones que eren cuidades amb deferència per la seva condició de "més vulnerables" aparentment, però el Josep o l'Aitor són més apallissats. El perquè se m'escapa. En tot cas, la capacitat de cuidar és alta i apareix molt durant entrenaments, però sobretot quan hi ha una diferència de rang (entre jo i ells, entre ells i una persona que té més dificultats o desperta tendresa…) o bé quan algunes persones decideixen que cuidar i mostrar-se curosos o empàtics no els posa en risc davant de la resta i poden relaxar la seva duresa i competitivitat. (**Diari de camp, 2017-18)**

Tot seguit analitzem, a partir d'un altre fragment del diari de camp, una escena i un conflicte molt comú durant els entrenaments. Segurament, molt extrapolable a qualsevol context masculinitzat i esportiu. En aquest cas, ens serveix per il·lustrar com es produeixen les relacions entre tipus de masculinitats i la seva superposició (una persona representa masculinitats diferents en funció del moment i el context):

> Estic sol a l'entrenament. No recordo que l'Óscar i l'Aitor no poden anar junts al mateix equip durant el partit (Aitor m'ho ha demanat explícitament) i els poso junts. L'Óscar està molt enfadat perquè perden i crida, tracta especialment malament els que considera "dèbils", l'Aitor sobretot. Al final de l'entrenament, parlo amb l'Aitor, està enfonsat, dolgut. Diu que l'Óscar el tracta malament i arremet contra ell. L'Aitor és una persona molt sensible. Dins del camp no diu res i quan li plantejo de parlar amb l'Óscar no vol. Només m'ho diu a mi quan m'hi acosto. Laterals de l'entrenament, final o inici de l'entrenament, on es permet alguna emoció diferent a la ràbia. L'Aitor té por (no ho diu, però ho interpreto) o creu que no servirà de res parlar amb l'Óscar, passa el mateix que amb el Josep. Demano permís per parlar amb l'Óscar sense dir el seu nom; costa, però m'acaba dient que sí. Se m'acut per què ell no vol parlar-hi. Està trist. Demano disculpes per haver-lo posat en el mateix equip. Em diu que "lo aguanta en los partidos però no en los entrenos". Em comprometo a no posar-los al mateix equip. Intenta quedar-se a l'activitat de després (anar a fer un refresc al parc del davant), però finalment no vol, marxa trist. El que passa al futbol l'afecta especialment, determina molt la seva autoestima, o això sembla. L'Óscar s'ha convertit en un líder, té poder dins del grup, ha passat de ser tímid i objecte d'exclusió (a l'institut, on va rebre assetjament) i ara és un líder dins l'activitat, amb carisma però amb molta poca capacitat de frustració. Quan es frustra perquè perd o no li surten bé les coses (fora i dins del camp) -molta autoexigència- ho paga amb els més dèbils, l'Aitor i el Josep especialment, però no només. **(Diari de Camp, 2017-18)**

La masculinitat dominant de l'Óscar, per tant, és contextual si analitzem la seva història de vida. Observem en els següents fragments de les seves narratives com la violència per part d'altres nois de la classe durant l'adolescència és un element fonamental per entendre el seu itinerari d'exclusió i patiment mental o psíquic:

> En mi caso hubo [una qüestió violenta]… pero en mi caso se llegaba a las manos y ya está, y siendo chica pues igual se hubiera llegado a las manos y las manos hubieran ido a otro sitio también […]. No, o sea yo me refería a que, por el hecho de ser chico, al ser la otra persona que me pasó eso fue un chico; claro, por el hecho de ser chico no me violó, si hubiera sido una chica igual… […] Si, era una violencia de quitar las cosas, pero… y más al ver cómo están las cosas con las violaciones hoy en día, pues…

> No, no, lo dejé [l'ESO] en tercero. Y entonces, pues, bueno, me quedaba en casa, no salía. Si salía era con mis padres o con mi familia, bueno con mi familia, ni con amigos ni… nada, nada. Me alejé de muchísima gente. Porque, claro, no me fiaba de nadie, ya. Y entonces empecé a ir a psicólogos porque también tuve una época de comer mucho, de autolesión… Bueno, y me llevaron a un psicólogo y allí pues me derivaron a un hospital de día. **(Óscar, 24 anys)**

En molts casos, i tornant de nou a Segato (2016), podem entendre la violència entre "iguals" i l'assetjament escolar com una manera d'actualització de la masculinitat. Actes que no van

dirigits a les víctimes, sinó als iguals; les víctimes o persones agredides són un pretext, un mitjà per obtenir prestigi. I aquesta forma d'entendre la violència cal emmarcar-la en un context generalitzat, en el qual, tal com planteja l'informant, els nois rebrien violència física i les noies violència sexual. En un moment del treball de camp, just després de la primera entrevista (febrer del 2017), faig aquesta interpretació del seu itinerari i l'anoto al diari de camp de la mateixa manera:

> L'Óscar és una persona que fa molts anys que és al CS, ha fet un procés increïble, l'antiguitat i els recursos que té l'han convertit en una presència amb molt de rang dins del grup. Transforma la inseguretat en ràbia i crits a la resta de l'equip (especialment cap a aquells que es mostren més fràgils). Tot i que ell no en parla durant l'entrevista, el motiu de la seva primera "crisi" va ser *bullying* o assetjament escolar. La versió que donen les educadores del Club es aquesta. Des d'aquí es pot entendre que malament que va viure el conflicte amb l'Elías, tot i que en fa una lectura positiva, sense mostrar vulnerabilitat. L'estil del "todo bien" masculí. També l'ha ajudat el fet que l'Elías i l'Ivan hi són poc presents. Ell i l'Octavi són els que es queden sempre els dimecres després de l'entrenament, en el grup que hem creat. S'hi senten còmodes, amb poder, són els que dirigeixen, fan i desfan i es riuen dels altres. L'Óscar ara està molt més content, el fet de treure's el carnet de cotxe ha estat fonamental, ha pujat la seva autoestima, és un motiu del qual parlar i sentir-se orgullós, i l'aprofita sempre que pot. La seva vestimenta és esportiva, amb gorra plana. Classe mitjana-baixa. Últimament noto molt els esforços que fa, especialment, per acostar-se a mi, preguntar-me coses, buscar temes de conversa, establir una relació d'igual a igual i no d'educador-jove. El dia de la baralla amb l'Elías me'l vaig emportar a fer un tomb, estava fet pols però intentava amagar-ho. El seu procés és molt interessant, s'ubica al límit; "estic dins i m'agraden les persones amb diagnòstic però jo no sóc així, abans necessitava el Club Social ara ja no, m'he fet gran", etc. Recorregut molt potent. (**Diari de camp, 2017)**

La violència i l'agressivitat són un pilar fonamental de la masculinitat hegemònica, aporten estatus, autoritat i lideratge dins del grup, són eines de masculinització i de jerarquització entre nois. Una cosa que el nostre informant va aprendre, va rebre i que ara reprodueix (amb una intensitat molt menor). Un exemple clar de com la masculinitat marginal i *marginalitzada* durant l'adolescència pot esdevenir masculinitat dominant en un context com el descrit. Malgrat que en l'àmbit estructural aquesta reproducció dels valors hegemònics no el situa fora de la marginalitat, sí que el podem entendre com un procés de recuperació o certa restauració de la masculinitat i l'adolescència perduda. Un cercle viciós que defineix els itineraris de masculinització i que alhora es troba en l'etiologia de gran part del patiment mental masculí adolescent i jove. Un espai de masculinització situat en el camp psiquiàtric, el qual permet un moviment, un desplaçament; *de cua de lleó i cap de ratolí*. Possibilita així un altre rol dins del grup i permet exercitar una masculinitat negada

de reconeixement durant anys. La masculinitat pot ser marginal, subordinada i amb trets hegemònics alhora, en espais o temps diferents, però amb els mateixos actors. De fet, la masculinització, en una societat on imperen uns determinats valors socials que associen masculinitat a reconeixement i domini, és una manera de "normalització" i d'integració.

Per tant, cal analitzar la relació entre patiment psíquic i gènere com una relació complexa que pot ser interpretada en direccions contradictòries. En el cas de la masculinitat, la recuperació de la masculinitat o masculinització de les pràctiques i l'expressió pot aportar prestigi, autoestima i privilegis alhora que, en termes generals, i com hem vist al capítol 2 partint d'estudis precedents, la masculinitat hegemònica, com a ideal cultural, podríem dir que emmalalteix més que cura (més suïcidi, menys demanda d'ajuda…). En aquest mateix sentit, trencar amb les normes de gènere també representa aquesta contradicció; pot comportar patiment, discriminació i estigma, però a la vegada les transgressions de gènere (exemples dins la comunitat LGTBI o en homes i dones amb expressions de gènere no normatives) convertides en itineraris de resistència i (re)apropiació identitària poden ser font de recuperació i benestar. Pujal (2018) posa l'exemple de l'alpinista basca Edurne Pasaban, la qual, després de molts anys de decidir trencar amb les normes de gènere com a dona i dedicar-se a l'alpinisme, va patir una depressió profunda i algun intent autolític per sentir-se exclosa del model de gènere. Finalment, però, l'alpinisme i la (re)apropiació de la seva passió per la muntanya va suposar el principal motor de la recuperació, junt amb el suport que va rebre per part de la seva xarxa. La diferència entre el model hegemònic masculí i el femení és principalment que en el cas dels homes la pèrdua de masculinitat (en termes hegemònics) és un benefici en termes de salut (més autocura i autoatenció), però una pèrdua en termes de beneficis socials en una societat patriarcal, i això fa augmentar l'adherència (com a mínim parcial) al model de MH. I un dels principals beneficis (i requisit alhora) de la masculinitat és l'acceptació *homosocial*; aquest element guiarà en gran part totes les estratègies de masculinització que veurem en aquest capítol.

Tornant a l'etnografia, l'edat dels participants en l'activitat de futbol va des dels 16-18 fins als 50 o més, tot i que per poder jugar a la lliga es necessiten els 18 anys. Un dels nois, el Carlos, va arribar amb 17 anys després d'un itinerari de consum, brot psicòtic i ingrés. Acabava d'arribar a Barcelona, una ciutat on només tenia part de la família. Durant els primers mesos, es mostrava molt callat, tímid, ocupava molt poc espai, no s'enfadava ni cridava, o com a mínim ho exterioritzava poc. El fet de jugar bé a futbol i tenir un xut molt

potent va fer que en poc temps fos un jugador reconegut dins del grup. Quan va a començar a jugar a la lliga, mesos més tard, el sentit de pertinença va créixer i també la relació amb els companys. Tot i continuar mostrant-se reservat, es veu clarament com progressivament estava més relaxat, parlava més, es movia amb més comoditat pels diferents espais associats a l'activitat de futbol. Durant aquest període, vaig marxar uns mesos d'excedència i això va fer que em perdés part del procés. Quan vaig tornar, vaig descriure el següent:

> Em sorprèn que s'hagi quedat el Carlos [després de l'entrenament a prendre unn refresc], està molt diferent, callat però més relaxat. He vist com es relaciona molt amb l'Óscar i l'Elías, va amb els líders i fa comentaris de *malote*, sembla que això vol dir què està millor, que troba el seu lloc dins del grup; me n'alegro molt, de veure el procés que ha fet, malgrat que mostri una part més xulesca. Troba el seu lloc a partir d'un rol de "passota", és el que reclama el grup, la masculinitat, la cultura. No tractar massa bé la resta, ser desafiant amb l'autoritat i posar-se a risc. Fins i tot començo a veure com es riu del Josep i això és el que acaba de confirmar la seva pertinença al grup. Fotre's dels que estan "per sota", dels *freakies*, dels homes subordinats que tenen menys estatus, reforça la masculinitat i, per tant, la integració dins del grup. **(Diari de camp, 2017-18)**

Formar part de la comunitat o tornar-hi quan n'has estat exclòs -a causa del teu patiment o de violències rebudes: ingressos, assetjament, aïllament- vol dir reproduir o recuperar les idees que et fan persona i et donen una identitat en un context concret. En aquest cas, vol dir reproduir una masculinitat (jove, blanca, occidental) i un dels seus pilars fonamentals, la dominació i les relacions jerarquitzades. És evident que, com dèiem, moltes persones transformen aquests processos d'exclusió en oportunitat per a la transformació i (re) apropiació d'una identitat estigmatitzada, però és molt difícil que això es produeixi si és incompatible -o es percep com a tal- amb la incorporació i l'acceptació dins d'un grup d'*iguals*. Si cal escollir -encara que sigui de manera inconscient- una cosa o l'altra, sempre tindran més pes les actituds que et permetin ser acceptat pels *peers*. I segurament aquí rau una de les explicacions fonamentals per entendre els processos de masculinització en contextos perifèrics o d'exclusió. Tornar a participar de la comunitat vol dir compartir i reproduir els seus valors. En aquest cas, la comunitat és l'equip de futbol i la jerarquia masculina és un valor fonamental. Elias i Scotson (2016) parlaven de la relació entre *establerts* i *marginats*[88] per referir-se a la relació de dominació que s'estableix entre qui ja hi era i qui acaba d'arribar (en el seu cas, referint-se als moviments migratoris). En el nostre cas, t'*estableixes*, entre

[88]Traducció pròpia.

altres factors, a partir de la teva masculinitat expressada, i el fet d'haver estat marginat abans d'*establert* (com els migrants abans de ser locals) no fa *per se* que un cop establert no et comportis com a tal, i, per tant, rebutgis el marginat com a manera d'apuntalar la teva condició adquirida. Vegem-ne un altre exemple o vinyeta il·lustrativa del treball de camp:

> Després de l'entrenament, marxem amb un grup cap al metro. El Toni em diu que amb cotxe o moto es lliga més (parlant del cotxe de l'Óscar) i fem broma una estona sobre això intentant desmuntar el mite. El cotxe i el carnet de l'Óscar (de la mateixa manera que el de l'Ivan) dona estatus i el converteix en més líder d'aquest grup. Constantment es fiquen amb l'Eva (amb la seva altura), és la seva manera de relacionar-s'hi; el Josep, que és la seva parella, també ho fa, prefereix tractar malament la parella per integrar-se al grup. Pressió de grup i estereotip de masculinitat, l'important és ser acceptat pel grup de nois; la noia és un mitjà, un objecte que et permet això, no un subjecte. Si tens cotxe, lligues; si tens xicota, ets més acceptat; si tens xicota, pots riure-te'n si no cau bé als teus amics i riure't de la seva altura. La masculinitat manifestant-se en contextos perifèrics. **(Diari de camp, 2016-17)**

En general, l'activitat de futbol està molt masculinitzada. Malgrat que sempre hi ha hagut entrenadores i algunes jugadores, la majoria masculina i el binomi masculinitat-esport -amb la seva manera *generitzada* de viure'l i rituals de masculinitat molt establerts- ha fet que la majoria de noies en marxessin, perquè estaven en minoria i *minoritzades*, perquè no era un espai de seguretat (com també ha passat amb alguns nois que no s'hi sentien còmodes) o per altres motius que desconeixem. A la perifèria o als espais *liminars* de l'activitat (públic als partits i als entrenaments, després de l'entrenament o altres activitats del club), hi apareixen més noies. Amb algunes hi tenen relació alguns dels nois del grup (d'amistat, de compartir altres activitats del club o de parella), més enllà de l'activitat de futbol, però dins del context que descrivim aquestes relacions es redueixen a tres possibilitats o llocs socials. Algunes són jugadores, però gairebé sempre situades en un segon pla, en el qual no apareix la competitivitat amb els nois, sinó més aviat el paternalisme i la protecció (de vegades he vist nois que s'enfadaven amb noies dins del camp perquè han perdut la pilota, però mai no s'ha verbalitzat o mai no es converteix en un crit com passa entre nois) o la convivència dins del camp en un pla diferent. Passa el mateix amb certes masculinitats que tenen menys habilitat amb la pilota, les quals són feminitzades i subalternitzades, però amb més possibilitats de rebre violència -en comptes de protecció- per part dels líders.

També actuen de públic, una mirada externa que reforça la masculinització de l'espai i les relacions que s'estableixen dins del camp. Amb molta atenció he observat què passa els primers dies, quan algunes noies de pràctiques venen a participar en l'activitat. Moltes

vegades la dinàmica es torna més competitiva, els valors de la masculinitat es tornen més imperatius i augmenten els nervis i els crits. I, finalment, tal com hem descrit a la vinyeta anterior, tenen una funció d'objecte per a les relacions o rituals de masculinització, potser dient que has tingut relacions sexuals, que tens parelles o, com en aquest cas, ridiculitzant-la com a mitjà per assolir la pertinença al grup i l'acceptació *homosocial*. En aquest cas, és especialment interessant veure com és la mateixa persona, objecte de violència entre nois, la que ridiculitza la seva parella i conjuga el rol de dominant/dominat. Fora de l'activitat de futbol, hi apareixen altres tipus de relacions que anirem desenvolupant més endavant.

En moltes ocasions, i durant el treball de camp, observem com la *marginalització* i *subalternització* dels nois amb patiment mental, respecte a la masculinitat hegemònica però també respecte a les dones, produeix o necessita actes compensatoris per restablir-se. Podem llegir, per tant, determinades actituds, com a *compensatory manhood acts* (Hearn, 1998; Schrock i Schwalbe, 2009) o accions de masculinitat compensatòria. En l'etnografia realitzada per Leyser (2003) sobre els actes de masculinitat en un hospital psiquiàtric de Kansas, explica com aquests actes esdevenen encara més necessaris per a la recuperació del control, quan la masculinitat dels "usuaris" és posada en dubte per la seva condició de subalternitat respecte al *personal staff*, majoritàriament feminitzat.

En una altra de les activitats grupals del club (taller de ràdio), hi ha una relació clarament jerarquitzada entre dues masculinitats diferents. La primera ocupa molt d'espai i necessita el reconeixement constantment. De vegades, fa evident la seva incomoditat i el conflicte intern que li provoca formar part d'un espai com el club. És un espai còmode i de seguretat, al qual acudeix de manera regular, moltes vegades a buscar gent que després de l'activitat vulgui anar a prendre alguna cosa, fer un tomb, jugar a la consola o tenir vida social. Alhora és un espai que evidencia la seva condició de subaltern i la pertinença a un grup estigmatitzat. Això genera malestar i moltes vegades es converteix en violència verbal cap a altres masculinitats del grup, més insegures i més susceptibles de ser vulnerades, les quals es converteixen en un blanc perfecte i mirall insuportable de la condició social. En aquest cas, es produeix una cerca constant del reconeixement per part de l'educador/a i el grup a partir d'accions compensatòries. La segona masculinitat, en canvi, no presenta aquest conflicte -o, com a mínim, no es fa tan visible- i es mostra més resignada a assumir la seva condició subalterna, reconeix la seva vulnerabilitat de manera constant i sense necessitat de compensar-la. Tot i això, presenta i expressa un malestar fluctuant per culpa dels comentaris

que rep com a diana de les accions *masculinitzants* compensatòries de masculinitats més dominants. Durant unes de les sessions, observo com cada vegada el Toni es fica més amb el Nacho. En un moment de la sessió, s'hi enfada visiblement i davant del grup fa servir una expressió de Nietzsche ("no puc odiar els inferiors, només els iguals") per referir-se al Nacho (Diari de camp, 2017-18). Aparentment, el Nacho no escolta o no entén el significat de la frase, la qual busca reforçar la jerarquia i el seu domini, aconseguir el reconeixement grupal -i sobretot per part nostra, dels professionals- i fer evident la separació entre ell i l'altre. Citar aquesta frase de Nietzsche en aquest context és un acte compensatori per reafirmar, des de la intel·lectualitat, la masculinitat i la superioritat.

Fins ara he intentat explicar que la masculinització és un procés col·lectiu i jerarquitzat, on cadascú manté relacions de dominació o subordinació respecte als altres -i també, en ocasions puntuals, de cooperació i de cura; en parlarem més endavant- en funció de les circumstàncies i determinades característiques personals (les quals no es poden deslligar del context: activitat de futbol). Per tant, una mateixa persona pot ocupar diferents posicions dins de l'estructura vertical (*hegemonia interna* o entre nois) depenent del moment, el lloc, les relacions i les persones que conformen aquest context. Un dinamisme que moltes vegades actua de bloquejador dels processos de polititització i col·lectivització del patiment o de la posició subordinada. Aquest esquema pot aplicar-se, segurament, a altres contextos joves i masculinitzats. La particularitat en el nostre cas és com aquest procés condiciona els processos de (re)afiliació[89] a la comunitat després d'un trastorn o aflicció mental severa, que ha comportat aïllament, ingressos, medicació, diagnòstic psiquiàtric… En aquest context, tal com dèiem, la masculinitat hegemònica o la reproducció dels valors de masculinitat idealment i culturalment construïda generen violències i exclusió, de la mateixa manera que esdevenen necessàries per a la (re)afiliació en un context social (heteropatriarcal). Observem què diu un dels nostres informants sobre aquest ideal (adult, normatiu i, per ara, inaccessible) de masculinitat:

> No m'imagino, no m'imagino com a pare de família, soc molt *punky*, que *bueno*… […] en un futur, com m'agradaria veure'm a mi? Amb una feina ben… amb una bona feina i amb una família, com fa la gent normal, pagant impostos […]. No, jo tinc 27, jo tinc 27 i conec gent més jove que jo que ja és pare de

[89]Idea de recuperar el llaç social perdut o trencat després d'un procés de desafiliació. Concepte encunyat per Castel (2010).

> família i això em fa pensar i que em sembla que tindre família i una feina és *lo* més normal entre… no sé, com a diversitat funcional o com a tindre un llarg procés de diagnòstic d'*enfermetats* mentals, arribar a ser pare de família i tenir una bona feina seria un *logro*. No, primer la feina, perquè si no no… […] o sigui, la gent normal què fa? Treballa, té cotxe i té família. La gent normal va… potser no té família i si no tens treball et moriràs de gana… O sigui, fer una vida normal […]. Normal vull dir amb una família i amb una feina estable, això per mi és normalitat i aguantar-ho i sapiguer gestionar-ho i responsabilitzar-me. **(Toni, 27 anys)**

Com veiem, els ideals de masculinitat hegemònica són clars i d'alguna manera surten reforçats en aquest context. Apareix un desig de "normalitat" legítim, i podríem dir hegemònic en l'àmbit social (reproduït per treballadors socials, psiquiatres, mitjans de comunicació i qualsevol de les peces que conforma el circuit de salut mental), basat en elements normatius associats a la vida adulta, en aquest cas masculina. La feina i la família (en la dimensió moral, productiva i reguladora, no en la dimensió reproductiva) continuen tenint un pes fonamental en aquest sentit.

Però les dades que analitzem aquí no només ens porten a entendre la relació entre masculinitat i patiment mental a través d'un procés on els ideals es reforçarien a partir de la distància que existeix entre aquests i la realitat dels nois joves psiquiatritzats. També és una relació que cal entendre partint de la (re)significació que es produeix de la vulnerabilitat i la dependència en un context com l'estudiat. La vulnerabilitat negada pel model hegemònic de masculinitat passa a ser innegable després o durant un procés com el que han viscut els nostres informants. I això podríem dir que força un desplaçament o moviment d'un dels pilars de la masculinitat: l'autosuficiència i la independència, i nega també la possibilitat d'invulnerabilitat:

> De camí vaig parlant amb l'Iñigo (no el conec gaire, però ens hem vist unes quantes vegades), parlem dels entrenaments i de tot una mica. M'explica la seva història fil per randa. És aquesta facilitat per compartir la intimitat i la història personal que fa que no calgui massa vincle per explicar detalls íntims, aquesta queixa i aquest patiment que apareix a la mínima que preguntes. M'explica que ha estat molt malament, tancat a casa, sense voler sortir del llit, parla de la medicació i de "mi enfermedad". Parla de quan el van ingressar fa 5 o 6 anys, ara en té 25. Viu a l'Hospitalet, família llatina, segurament classe baixa. Parla amb angoixa, diu que ara porta molts anys millor, però que de cop li agafa un "bajón" i no pot fer res. Parla del Club com a manera de "salir", "conocer gente". Però tot amb desídia i poca efusió. Parla de l'ingrés com un moment molt dolorós i se li nota la por de tornar-se a trobar malament. Diu que la medicació l'ajuda, però no evita aquests "bajones". També manifesta que no acaben de trobar la medicació que li va bé, ara millor però ha passat per moltes que "fatal". Descriu un itinerari que

> cada vegada escolto amb més normalitat, amb més distància emocional, no per dolorós, sinó per comú, de tantes vegades com l'he escoltat […]. Conversa amb l'Iñigo: parlem una estona i ràpidament està intentant explicar-me per què li costa tant sortir de casa. Transmet patiment i una espècie de presó mental que no el deixa sortir. No acabo d'entendre el que m'explica; quan intento significar el que em diu, la resposta és "no". La conversa és profunda. En contextos psiquiatritzats hi ha un parlar d'un mateix (emocions, dificultats…) que està més permès i que en certa manera transgredeix la masculinitat hegemònica. De fet, és un tema molt central i molt accessible, en dos minuts de conversa ja som aquí. Es pot parlar de com se senten, per això molts se senten més còmodes en espais així, no per la segregació, sinó perquè aquí tot està més permès, la diversitat està permesa, també homes parlant de la seva fragilitat. Això no vol dir que no hi hagi judici, però, si hi ha més flexibilitat, la norma social és menys densa. **(Diari de camp, 2017-18)**

> Entro al metro i de cop sento una veu que em crida, és el Pedro del Club. Baixem les escales cap a l'andana mentre intercala preguntes i explicacions. Em dona molts detalls sobre la seva vida privada; sobre la seva filla, la seva exdona, la custòdia etc. Ha d'estar tranquil per poder viure amb les dues, diu. Entrem al vagó i continuem parlant. Com si es tractés d'una visita al psicòleg, m'explica detalls de la seva vida íntima. Interpreta la nostra confiança mútua -per a mi, inexistent; per a ell, suficient- com un context on explicar la seva vida personal en dues parades de metro. **(Diari de camp, 2014)**

Aquestes vinyetes, molt comunes en espais transitats per persones amb patiment mental, i sobretot que han tingut contacte amb la xarxa de recursos de salut mental, evidencia una relació diferent entre masculinitat i fragilitat. Entre altres coses, per la necessitat de compartir o posar paraules al patiment que experimenten. Aquesta mena de situacions es manifesta especialment en la relació participant-professional i tenen a veure amb una major predisposició a parlar d'un mateix de les persones que, per voluntat o obligació, han decidit demanar ajuda o consultar. Això els ha portat, de manera recurrent, a explicar vivències, l'aflicció i l'itinerari a moltíssims professionals, com jo en aquest moment: educadors, psiquiatres, treballadors socials… Val a dir que aquesta escena, tot i que acostuma a produir-se en aquestes circumstàncies (conversa professional-participant), també apareix de vegades en contextos grupals, més endavant en posarem algun exemple. Per ara només volem anunciar que parlar dels processos de jerarquització i masculinització en un espai travessat pel patiment mental *excessiu* (Talarn *et al.*, 2014) i el trastorn no ha de ser incompatible amb analitzar les relacions horitzontals i de cures que es donen en aquest context i que qüestionen el model hegemònic de masculinitat.

## 7.2. | Estratègies de masculinització

Des dels anys vuitanta, i gràcies als estudis crítics sobre homes i masculinitats, es comença a definir la masculinitat com a "configuració de pràctiques" (Carrigan *et al.*, 1985; Connell, 1995). El que continua sense estar clar o com a mínim cal discutir és quines són aquestes pràctiques constitutives de la masculinitat (Martín, 1998) i les continuïtats i discontinuïtats que presenten en funció del moment històric i el lloc. Una de les dedicacions principals de la recerca ha estat la d'identificar i categoritzar pràctiques socials que *masculinitzen* (i, per tant, si no ho fan, també poden *desmasculinitzar*) en un context com l'estudiat, per veure com influeixen o condicionen les maneres d'expressar patiment mental dels homes. Hem anomenat aquest conjunt de pràctiques socials *estratègies de masculinització*, seguint la proposta de De Martino-Bermúdez (2013), concepte que ens situa a cavall entre la dimensió estructural i la subjectiva. Partint d'altres classificacions que categoritzen aquest procés de masculinització adolescent-jove-adult i la masculinitat hegemònica a partir de *factors* (Amin *et al.*, 2018; Kågesten *et al.*, 2016) o *ideologies* (Bonino, 2000), hem elaborat una classificació pròpia que ens permeti ordenar i classificar els resultats qualitatius obtinguts. Presentem el resultats en aquest apartat a partir de 5 *estratègies* que configuren i reprodueixen els valors de la masculinitat jove (tot i que molts dels factors són extrapolables a altres edats o moments vitals) en termes hegemònics. En primer lloc, hi ha la *dominació, subordinació de l'alteritat i violències*, i respon a l'hegemonia *externa* o dominació (envers dones i infants) i la *interna*[90] o subordinació (envers altres homes). En segon lloc, parlarem de *duresa física* (*toughess*), la qual té a veure amb el cos, l'esport i xl'assumpció de riscos. En tercer lloc, en el nostre camp adquireix una importància central el mandat de la masculinitat que té a veure amb *independència i estoïcisme emocional*. En quart lloc, i més pensant en la masculinitat jove i adulta, parlarem d'*autonomia econòmica*, molt vinculada al treball productiu. I, finalment, *heterosexualitat activa, narratives amoroses i homofòbia*, que engloba el darrer conjunt d'estratègies per a la masculinització. Totes aquestes estratègies tenen relació principalment, i segons la nostra proposta, amb la negació de la vulnerabilitat, o l'intent persistent de negar-la. En aquest apartat, hi afegirem les narratives no només dels joves, sinó també d'alguns dels professionals entrevistats durant el treball de camp.

[90]Classificació proposada per Demetriou (2001).

### 7.2.1. Dominació, subordinació de l'alteritat i violències

> Estem asseguts en cercle, tranquil·lament. Volen jugar a l'Uno, però finalment fem votacions i juguem a un altre joc. Mentre estic explicant el joc, de sobte el gènere travessa l'espai. El Toni comença a parlar de com està de guapa avui la Raquel (educadora), les arracades, els ulls pintats… La Raquel posa un límit i aleshores el Kilian li toca la galta, la infantilitza, des de la diversitat, però el patró masclista es reprodueix, el gènere és per damunt de la jerarquia "professional-usuari" i un noi es permet el luxe de saltar-se límits perquè és una dona. Abans d'educadora, dona i abans de persones amb patiment mental, homes. La socialització de gènere és el primer. Incomoditat fins que posa el límit la Raquel, el manté i canviem de tema. **(Diari de camp, 2016-17)**

El treball de camp s'ha realitzat en contextos molt masculinitzats però amb una matís important: mentre que les persones que assistien a les activitats en qualitat de participants són molt majoritàriament homes joves, les referents professionals són dones. Això estableix una situació jeràrquica superposada entre home-dona (model patriarcal) i professional-usuari/ària (model institucional-organitzatiu). Per entendre aquesta intersecció, travessada pel gènere, el rol institucional o organitzatiu i altres factors, cal partir del fet que la majoria de rols de cura de la xarxa de salut estan feminitzats i, per tant, invisibilitzats o *subalternitzats*, però no sempre hi ha una coincidència entre rols, funcions o lògiques institucionals-organitzatives i els tipus de cossos que les encarnen.

Durant els anys de treball de camp, observem que, majoritàriament, el rol professional o institucional preval sobre el gènere, però això no vol dir que la relació professional-usuari, com dèiem, no estigui *generitzada*. Entre altres coses, perquè la *binarització* entre cuidadores i cuidats essencialitza el nosaltres-ells professional i alhora reïfica l'estructura de gènere en forma de subjecció mútua. Dit d'una altra manera, la dona cuidadora és dona en relació amb l'home i és cuidadora en relació amb el que és cuidat, i això és fonamental en el nostre àmbit. Per això hem volgut començar aquest apartat sobre masculinització a través de la subordinació-dominació, posant un exemple on el gènere i la seva construcció jeràrquica es posen de manifest, fins i tot per damunt de l'estructura formal (professional – no professional), per exemplificar la importància d'entendre com l'estructura social -marcada en aquest cas per relacions de dominació i les desigualtats de gènere- defineix les pràctiques en un context com l'estudiat. Alhora, cal introduir altres elements -més enllà del gènere- per entendre la distribució del poder per analitzar-lo amb tota la complexitat. En aquest sentit, la teoria d'actor-xarxa o *actor-network theory* (TAX o ANT) de Latour (2008), entre d'altres, proposa un model epistemològic i d'intervenció que permeti superar aquesta

dicotomia o dualisme ontològic: professional-usuari, home-dona, raó-bogeria… Però el fet d'enunciar el fracàs del projecte de la modernitat i els seus vells dualismes no n'implica la superació o desaparició. Com veiem en aquest exemple, hi ha moltes maneres de ser-estar que desborden aquests dualismes professional-usuari o home-dona, però això no vol dir que desapareguin els efectes d'aquesta concepció dual en les maneres d'organització social.

En un dels grups focals amb les professionals del Club Social, hi apareixen dues situacions en relació amb altres persones llegides en femení que transiten l'espai dels joves: noies de pràctiques i noies joves que venen a conèixer les diferents activitats per veure si s'hi senten còmodes. En tots dos casos es produeix una *sexualització/objectualització* del cos femení per part d'alguns dels nois del grup. Les actituds que hi estan associades transformen l'espai en un lloc no segur per a les noies, que moltes vegades no hi tornen:

> A: Hi ha una història, una *tonteria*, eh? Però… "Avui no ve l'Àngela de pràctiques?" cada dia que no ve o cada dia que ha de venir i no ha arribat ho pregunten. I els diem: "Però, per què t'importa tant?" És de pràctiques, creiem que no va així, i a l'endemà tothom ho estava preguntant. O sigui: ells no estan connectant amb que *algo* allà els passa. L'endemà tothom "on és la…?", saps?
> E: La cosa aquí és per què preguntem això, no? Que hi ha un estereotip molt fort, o és educadora, o en aquest cas és…
> S: Clar, però ells no la veuen com a educadora.
> A: És un tema que em preocupa una mica perquè al final deixaran de venir noies.
> E: Perquè al grup de joves quantes noies hi ha?
> A: Ara hi ha tres. I el primer dia de les noves, de fet, va ser molt *heavy*, una d'elles va arribar aquí, estàvem fent l'entrevista i li vaig dir: "Surt, si vols, que estem berenant i et presento els nois i tal, tornes el proper dia", una tia així com super maca, tal. Amb moltes habilitats, vull dir… Va arribar allà i tots cap a ella, la tia així contra la paret, demanant-li el telèfon i "quan vindràs?", i "que guapa", però tant les noies, per necessitat de tenir amigues, com els nois perquè… L'Agatha estava a sobre, perquè també els *gelos*… o es fa amiga o és enemiga.. Llavòrens…
> S: Anem a provar primer de ser amiga…
> A: Llavòrens, "dona'm el telèfon"… *Bueno*, és que va ser una bogeria, la noia donant-los-el… com bojos tots buscant paper perquè s'apuntessin els telèfons de tots… I farem un grup de WhatsApp i no ho sé… I venia a dir "hola". I dic: "No torna." **(Grup focal amb joves, 24-35 anys, 22.05.2015)**

Segons la descripció que fan de l'arribada d'una noia al Club Social, no només són les persones socialitzades com a homes les que l'atabalen, però, en tot cas, es descriu un patró diferenciat segons el gènere; elles, per fer-se'n amigues i, ells, més a través de *sexualització*. En tots dos casos, per això, la feminitat representa l'alteritat que entra per la porta i es

converteix en objecte tant de desig com d'angoixa. Habitualment, la masculinització de l'espai i la relació de dominació socialment establerta entre homes i dones es manifesta a partir de situar les dones en dues posicions: l'objecte sexual o l'educadora cuidadora (*la puta i la mare*). Després, el temps permet identificacions més complexes i menys basades en una idea patriarcal i estereotipada de la feminitat. Tot i això, durant aquests anys he vist moltes vegades com l'estratègia de masculinització situa les dones en un d'aquests dos rols o en tots dos, com a mecanisme a partir del qual s'estableixen relacions jeràrquiques i verticals. En part, la masculinització dels espais (les noies no s'hi queden o assumeixen les normes establertes pels nois) es pot explicar a patir del desplegament d'aquesta estratègia que estem analitzant. Val a dir que aquesta masculinització s'ha d'explicar multicausalment i a partir d'altres factors estructurals, com ara la menor presència de dones joves en espais d'oci per més càrregues familiars, la socialització femenina basada en els espais privats o la facilitat d'establir xarxes de suport i sortir de l'aïllament sense la necessitat de dispositius professionalitzats.

Bonino (2000), quan dissecciona en *creences matrius* la masculinitat hegemònica per entendre com funcionen en l'àmbit subjectiu, parla del *respecte al valor de la jerarquia* i de *superioritat envers les dones i els homes "menys masculins"* amb l'objectiu de diferenciar-se'n. Tot i la desaparició del servei militar obligatori en el nostre context, el respecte a la jerarquia continua sent un valor fonamental de la masculinitat. Com hem vist en el punt anterior, i sigui quina sigui la posició dins de la jerarquia, existeix un consens previ, que s'adquireix durant la infància i l'adolescència, que té a veure amb l'acceptació. Els rituals de pas durant l'adolescència, els grups masculinitzats, els equips esportius o fins i tot l'ús de les xarxes socials es basen en aquest principi jeràrquic, i en un equilibri entre competitivitat i corporativisme masculí (Azpiazu, 2017). L'hegemonia necessita, per tant, un consens entre homes que incorpori els estereotips de gènere, la competitivitat i les desigualtats com a principi regulador. Observem el següent fragment extret d'un grup de discussió, realitzat l'any 2015, amb tres nois (24-31 anys) joves amb experiències de patiment mental quan parlàvem sobre les maneres de viure els itineraris d'aflicció en funció que siguis noi o noia:

> C: Les noies viuen molt malament la medicació.
>
> T: Ho viuen pitjor perquè s'engreixen.
>
> O: [*Parla de la maternitat com un problema si tens una discapacitat*.] El mundo de los chicos es más competitivo. En el fútbol tienes que ser el mejor. Entre ellas no es así. Carla [entrenadora] quiere ser

> buena al fútbol pero no quiere ser la mejor, solo jugar bien.
> *[Comença un debat. El Toni no hi està d'acord. Defensa que les noies també volen ser les millors en les seves coses, en* "ser unes *guarres*, per exemple".]
> T: Entre ellas la competitividad es por ser la más guapa. La más femenina.
> O: Vale, pues son competitivas pero de otra manera. Hay una frase que es: "yo soy más hombre que tu", no hay una frase igual para las mujeres. **(Grup focal amb joves, 24-35 anys, 22.05.2015)**

Malgrat que durant la discussió conviu aquest discurs amb una crítica als estereotips de gènere (pel que fa a l'esport, sobretot), quan parlem de maneres d'abordar el patiment apareix una idea molt essencialista del gènere, on determinats valors apareixen com a part del sentit comú, i la realitat hi és per confirmar aquestes percepcions. Per tant, tal com abordarem més endavant quan recuperem la idea d'*hibridació*, conviuen idees contradictòries però preval, davant del dubte, un perfil de masculinitat hegemònica basat en aquesta competitivitat i la dominació com a valor:

> Y respeto al hombre pues pienso que es más dominante, tiende a ser más dominante, sobre todo en parte de la salud mental […], pues ese tipo de relaciones sociales, de rivalizar con otro hombre con una chica se vive diferente, y son más territoriales, quizás. **(Tomás, 33 anys)**

Tot i una existència cada vegada més diversa de models o maneres d'expressar la masculinitat -com a mínim en l'àmbit estètic i d'imatge- i molts exemples d'oposició a la posada en pràctica d'aquestes *creences matrius*, durant el treball de camp hem pogut observar com es continuen produint maniobres per a la *dominació* envers les dones (hegemonia externa[91]) i per a la *subordinació* de la resta d'homes (*hegemonia interna*[92]). En aquest estudi, ens centrem més en la segona dimensió no perquè sigui més important, sinó perquè en grups només de nois -com ha estat el cas en gran part del nostre treball de camp- és la que podem observar més.

Com dèiem, perquè existeixi la dominació i la jerarquia cal que sigui acceptada per totes les parts (idea fonamental per entendre la noció d'hegemonia de Gramsci), com diu Boudieu (2000, p.51), "la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a concedir al dominador". Tanmateix, seria incomplet fer una anàlisi només

[91]Demetriou (2001).
[92]Ídem.

partint d'aquesta idea; més enllà dels consensos tàcits, moltes vegades, en contextos masculinitzats, l'aprenentatge té a més a veure amb la resignació davant d'una imposició violenta que amb l'acceptació. Moltes de les narratives dels informants nois narren episodis de violència (física i psicològica), més o menys normalitzats, per part d'altres nois durant l'adolescència i l'etapa de l'institut:

> Bueno, frustrante por el tipo de gente que había, según qué personas de las clases que eran violentas o amenazaban a los demás y era difícil estudiar […]. Sí, con 14-15 años, la ESO. Y bueno, los motes era lo que prácticamente eran una lacra para mi, los motes, eh… y a pesar de los motes la diabetes era un poco problema pero la gente lo respeta […], pero en cuanto a lo que es los motes, pues pasan de colegio en colegio, si es que uno… conocido se va a ese colegio y la cosa sigue y bueno, en tres colegios dos personas se cambiaron de colegio entre colegio y me acompañaron prácticamente en la misma clase […]. Yo, me resbalaba ese tipo de gente, o sea, la gente que amenaza a los demás o que por motes hace la vida imposible me resbala […]. Bueno, sobre todo en último año de cuarto de la ESO, en que habrá gente que me había hecho la vida difícil en clase y bueno, me esperaban en la salida con el casco de la moto diciendo "te vas a enterar". Pero bueno, en ese momento no podía defenderme porque yo soy de mediana estatura, no sabía defender, a parte que ellos tenían un grupito de amigos, en caso de que yo me defendiese quién sabe. Pero bueno, que era otra etapa. Aparte, mi principal problema en esa etapa no solo era el colegio, también era mi entorno familiar, en el que esa persona que yo te comentaba antes hacía bastante la vida imposible. **(Tomás, 33 anys)**

> Yo no estaba en ningún grupo, yo estaba en un lado de la clase y, a la mínima, el grupo que es dominante, que es… los machitos de la clase, van a buscar a la gente que es débil a hacerle daño para sentirse mejor y… Hacerle daño mentalmente, sobre todo, físicamente poquito, pero mentalmente sobre todo. Y esa gente es dominante y bueno… **(Tomás, 33 anys)**

> La trobo l'etapa més fotuda de la meva vida, la segona guerra mundial. No, perquè conec gent que es queixa del *bullying*, conec gent que ha patit *bullying*. I què et feien a tu a l'escola? I em deia "no, perquè portava bràquets a les dents i es reien de mi", i jo deia "espera, això no és *bullying*", *bueno*, comparant, fent comparació. A mi m'esperaven 5 persones, espanyols, catalans, andalusos, *extremeños,* portuguesos, m'esperaven 5 tios a l'escola a donar-me una pallissa. **(Toni, 28 anys)**

Aquesta violència s'associa a la masculinitat tant si és rebuda com si és exercida. És molt revelador com, a la primera de les narratives, es relaciona la violència rebuda amb la incapacitat de defensar-se i la debilitat. Segurament, l'acceptació més clara d'un ordre establert violent i jeràrquic on, si no et defenses, tens part de responsabilitat en l'agressió. Com apuntava Segato (2016), cal entendre aquestes manifestacions de la violència i, en part, aquesta acceptació com a procés d'actualització i comunicació de la identitat

masculina davant dels iguals. Per tant, una violència que no va dirigida tant al feble com a l'igual. Però, com apareix en les narratives, el fet de rebre aquesta violència sí que se significa com a mostra de la debilitat d'un mateix i manca de valor per afrontar-la, la qual cosa s'acostuma a viure com un fracàs de la masculinitat. Reprendrem més tard aquesta idea, amb matisos, quan parlem de les violències masclistes que reben les noies joves. El fragment de narrativa següent associa la violència a un moment vital concret, com un *rite de passage* de l'adolescència i joventut:

> Y bueno, he aprendido a evitar las peleas, antes yo enseguida yo me peleaba con cualquiera, bueno, en seguida no cualquiera, pero luego he madurado y he pensado que las peleas no valen la pena; la verdad, no me gusta pelearme ya. No es que me gustara, pero era más… me picaba antes, la verdad. Sí, no es que me picaba porque me trataban mal ni nada pero, mira, no me he peleado tantas veces, pero te voy a contar una historia que era uno, yo estaba bebiendo en el patio Coca-Cola (en el instituto) y era unos nuevos que habían venido […], le doy y me dice "aaah, para que me des esto no me des nada", no sé qué, y cogí y le tiré la lata en la cabeza [*riu*], y yo cada día que salimos para fuera, para la calle, era él y sus dos hermanos, y siempre nos peleábamos, casi cada tarde. **(Néstor, 25 anys)**

> L'Óscar és una persona que fa molts anys que està al CS, ha fet un procés increïble, l'antiguitat i els recursos que té l'han convertit en una presència amb molt de rang dins del grup. És molt insegur però intenta mostrar-se segur. Transforma la inseguretat en ràbia i crits a la resta de l'equip (especialment cap a aquells que es mostren més vulnerables). Tot i que ell no en parla durant l'entrevista, el motiu de la seva primera "crisi" va ser *bullying* o assetjament escolar, ho explica com si fossin puntals a l'entrevista. La versió que donen les educadores del Club és aquesta. Des d'aquí es pot entendre que malament que va viure la ruptura amb l'Elías. **(Diari de camp, entrevista 09.02.2017)**

Aquestes *estratègies masculinitzadores*, associades a la violència, no són exclusives de les relacions entre persones de la mateixa edat ni de l'àmbit escolar; també apareixen en narratives sobre la família (un germà, un tiet…), però, en tot cas, sempre episodis protagonitzats per homes:

> Quan acabem l'entrevista, m'explica una situació de molta violència i una baralla amb el seu tiet. Parla del seu tiet i diu que és un home racista, homòfob i masclista (no amb aquestes paraules, això és una interpretació meva). Explica que el va agafar pel coll en un moment de discussió/tensió forta, i que ell s'hi va tornar amb un cop de puny. Des d'aquest dia hi ha molt mal ambient a casa. Parla afectat però alhora negant l'afectació, diu que a ell no el va afectar però sí el seu entorn, es pregunta que com pot ser que passi això en un cementiri, que és on va passar. En tot moment, ell no es posa al centre com a afectat, ni com a moment difícil, el malestar és sempre fora. Ell justifica la reacció violenta; ell quan s'enfada ha de reaccionar així, tot plegat molt afí a l'MH: negació emocional i resolució violenta

justificada partint de la provocació de l'altre. En aquest cas, sembla cert que hi ha una violència prèvia per part del tiet. **(Diari de camp, entrevista 16.01.2018)**

Mentre surten a fumar em quedo amb el Gustavo, parla de quan arribava a casa amb molts diners, venia droga, es drogava i pegava els seus pares. Hi ha una espècie de plaer o necessitat d'atenció a partir d'explicar que *malotes* que han estat i són. Dir que "era un liante, soy un malote, y me da igual todo" perquè aporta prestigi i estatus masculí. Un d'aquests episodis, m'explica el Gustavo, va derivar en el seu primer ingrés. **(Diari de camp 2015. Grup adolescents hospital de dia)**

Me refiero por la situación mental que tengo yo. Yo soy una persona que, en el 2012, tuvo un acto de autoagresión porque estaba descompensado, anímicamente mal, porque estaba que no hacía nada en todo el día, no tenía amistades, todos mis amigos me habían dejado de lado, con 22-23 años […]. Y yo no puedo mejorar a pesar de ser una persona que se ha querido autolesionar, o sea, en teoría no puedo mejorar pero mi hermano, que es una persona que agrede a los demás, que tiene que ser denunciado para que sea legalmente punible esa situación. Pero él la verdad es que está descompensado y bueno, que veo que es más fácil que me mediquen cuando estoy autolesionándome que no cuando una persona está lesionando o está amenazando a los demás, que es mi hermano, y él, pues claro, no está obligado a tomar medicación, es lo curioso, y esto, me produce… como diciendo, eso me produce rechazo, porque digo "¿qué es esto?". Él no tiene que tomar medicación y yo en cambio, que no hago daño a nadie, estoy tomando…".**(Tomás, 33 anys)**

L'informant il·lustra força com la medicalització del patiment associada a la violència rebuda situa la responsabilitat en qui és agredit i no en qui agredeix. La narrativa anterior descriu un itinerari molt comú que suma aïllament amb violències i vulneracions i que generen grans dosis d'aflicció i exclusió, però que el llenguatge *psi* acostuma a situar en la dimensió subjectiva i individual. Reduir aquestes violències o processos de desafiliació-exclusió a la construcció de gènere seria simplificar una realitat molt més complexa, però sí que ens permet situar la violència com a element intrínsec de la masculinitat. Una relació entre violència i masculinitat que està darrere de la violència masclista i el manteniment dels privilegis masculins però també, com hem analitzat al capítol 2, dels valors superiors de morbiditat i mortalitat dels homes respecte a les dones (Marcos Marcos, Avilés, del Río Lozano, Cuadros i García Calvente, 2013). La mancança de *literacy* emocional transforma el malestar masculí en ràbia, agressivitat i violència, que són les úniques vies per expressar el malestar socialment acceptades. Això genera un cercle viciós entre malestar i violència i és darrere d'una de les estratègies de masculinització principals.

L'activitat de futbol, com qualsevol context esportiu i masculinitzat, intensifica aquest cercle viciós i l'accelera com a conseqüència de la densitat emocional del context (frustració, eufòria, autoestima). En un dels molts conflictes de poder que es produeixen -apareixen dins del camp i es traslladen fora, en la majoria de casos- durant la temporada, un dels nois, el Tomás, decideix abandonar l'activitat. Està molt dolgut per com se l'ha tractat, acusa tres persones de l'equip de cridar-lo dins del camp i fer-lo sentir malament i poc valorat. Dos dels altres tres argumenten en diverses ocasions que estan enfadats perquè en Tomás no s'esforça prou, no la passa i no defensa. El tercer fa com si sentís ploure. Quan el Tomás exposa el malestar i diu que vol abandonar l'activitat després d'anys -no és la primera vegada que marxa i torna-, decidim generar un espai de diàleg els tres amb les dues responsables de l'activitat, jo entre elles. Es fa evident la relació de poder existent durant tot el diàleg. El Tomás no parla, l'Elías i l'Óscar reconeixen mínimament per després relativitzar el malestar del Tomás o treure-hi importància i carregar-li la responsabilitat. Reprendrem aquest conflicte més endavant per exemplificar el tipus d'interacció masculina basada en la negació (de la responsabilitat, l'emocionalitat i la vulnerabilitat) i el manteniment del domini-privilegi. Ara ens interessa comentar què passa després d'aquesta marxa:

> Fa setmanes que tenim contradiccions amb la marxa del Tomás, veure el grup com si no hagués passat res se'm fa estrany, em molesta. Tot segueix; si no aguantes, marxes, i el grup continua amb les seves relacions de poder que genera malestars. El Tomás tenia part de responsabilitat però el detonant ha estat que no ha pogut aguantar el nivell d'agressivitat dels entrenaments, els crits, els judicis… La meva teoria és que té a veure amb una història vital on ha rebut molta violència (assetjament escolar més el germà), això fa que una petita mostra el connecti amb tot l'anterior i el situa en una situació de vulnerabilitat. En ambients masculins -especialment, però no només-, el vulnerable no resisteix, queda expulsat. El grup està més preparat per acollir la diversitat i la vulnerabilitat en tractar-se d'un espai per a persones amb patiment mental? No ho tinc clar; en tot cas, la masculinitat estableix límits i unes proves que has d'estar disposat a aguantar **(Diari de camp, 2017-18**).

Malgrat que al cap de poques setmanes el Tomás torna a l'activitat i el conflicte s'apaivaga, apareix clarament una manera de jerarquització que és vertical i competitiva, però que necessita formes de cooperació per sostenir-se. Curiosament, les dues persones que ara lideren i contribueixen a masculinitzar l'espai (crits, exigència, intolerància davant l'error i, per tant, davant de la vulnerabilitat…) tornen a tenir molt bona relació després d'un conflicte que els va separar durant anys. Aquest *fer masculinitat* a través de maneres de relació basades en la jerarquia, la violència i el voler dominar l'altre són circumstancials,

se't pot girar en contra i necessita aliances permanents o temporals per mantenir-se. Una versió actualitzada i suavitzada de rituals o *ritus de pas* masculins que han desaparegut (el servei militar, principalment), on el domini té a veure amb les aliances i la resistència que tens davant de codis masculinitzats. Si no ho sostens, te'n quedes fora.

Les relacions entre homes s'expressen, per tant, no només amb el domini, sinó també amb la impossibilitat de reconèixer l'altre i les seves virtuts si això posa en dubte l'homenia o la posició jeràrquica (aquest reconeixement es pot donar i es dona en espais d'intimitat i entre relacions de caràcter més horitzontal). De fet, podem interpretar la violència entre homes com una resposta a la vulnerabilitat expressada per l'altre, la qual es pot fer insuportable si ens recorda la vulnerabilitat pròpia. Per tant, en un context de negació masculina de la vulnerabilitat, com analitzarem més endavant, la violència "acontece como incapacidad para atravesar y gestionar la propia vulnerabilidad" (Pié-Balaguer, 2019, p.66).

Un dia després de l'entrenament, ens vam quedar a prendre un refresc i fer una partida de cartes ( a l'Uno), eren unes set o vuit persones, tots nois de l'activitat de futbol i una noia que ve de vegades però no participa en l'activitat. L'Óscar proposa una nova norma. No és casual que la proposi avui que hi ha una noia, l'Alba. Proposa que s'ha de dir un *piropo* (una floreta) a la persona de la teva dreta cada vegada que tires una carta; si no te'n surt cap, robes cartes. Això vol dir que ell rebrà les floretes de l'Alba. L'acceptem, és una norma que agrada, tot i que provoca nerviosisme. Costa, però el grup vol provar-ho, hi ha excitació. Dir-se coses boniques els uns als altres davant del grup es fa molt difícil, costa trobar adjectius que siguin bonics però prou masculins, totes les alarmes de l'homofòbia s'activen. Molta gent té moltes dificultats per dir alguna cosa quan arriba el torn, hi ha molts nervis, l'Alba no és capaç de dir dir-ne cap a l'Óscar en tota la partida i, tot i que l'Óscar ho està desitjant, prefereix robar cartes. En canvi, els nois, alguns més que altres, no tenen problemes per dir-ne. El gènere travessa totalment la partida i les floretes escollides; les que van dirigides a l'Alba tenen més a veure amb la bellesa física ("pivón", "guapa", "tía buena") i els dels nois amb la força i com són de bons al futbol ("crack", "cachas", "mazao", "activo", "rápido", etc.), apareix algun "tío bueno". L'Octavi innova més, però la majoria es mouen en aquests termes. El Joan es mostra cada cop més relaxat i és el que menys dificultat té perquè li toca dir coses boniques a l'Alba. Se li escapa el riure cada vegada que en diu una:

> Hi ha una dificultat, que avui s'ha vist força manifesta, de cuidar, de valorar els altres i no tractar-se malament com a forma de relació. Són incapaços de valorar el que la resta fa bé, sempre hi ha una crítica per a la resta. Avui és molt significatiu que la primera vegada que el Josep, en el joc de l'Uno, havia de dir un *piropo*, ha dit un insult, perquè és el que està legitimat i el Josep és transparent; presenta de manera exagerada i barroera (no acceptada) el que percep que el grup vol, amb l'objectiu de ser acceptat. Fa de mirall multiplicador dels patrons grupals. Evidentment, tenen les seves maneres de cuidar-se, però hi ha alguna cosa que té a veure amb la manera com la masculinitat en grups masculinitzats -i en aquest cas, grups d'homes que han rebut discriminació i han quedat exclosos, això té un efecte pervers i a vegades doble- es basa a buscar algú amb menys rang que tu i fotre-se'n; del Josep se n'han fotut i busca algú com l'Emilio a qui poder insultar. Hi ha una cadena jeràrquica que estableix una relació de maltractament acceptada dels que són a dalt cap als que són a baix. Però en aquest cas la majoria estan socialment estigmatitzats pels seus itineraris i la seva condició de *bojos* o *malalts mentals*. Això sí, sempre es pot trobar algú més avall que tu. Fotre-se'n de l'altre és la manera de reafirmar la masculinitat pròpia, tot i que aquesta no és una operació sense patiment propi i mutu. Ningú no està en la norma-estereotip de masculinitat, però tots intenten l'impossible per recordar que ells no es queden a fora sols. Maltractament acceptat i dificultats per cuidar l'altre, reconèixer-lo. **(Diari de camp, 2016-17)**

Goffman (1977) parla de *genderism* per vincular el que ell anomea *sex-class* (classificació sexual) amb la *individual behavioral practice*. D'aquesta manera, l'autor posa l'accent a *fer* gènere i en el conjunt de practiques que, en el nostre cas, fan masculinitat· En aquesta vinyeta, veiem com el gènere es fa *objectualitzant* les dones, a partir d'estereotips culturals associats a masculinitat hegemònica i a partir de maneres de relació normativitzades i homofòbiques. Hi ha determinades coses que entre nois no es poden dir segons la norma o, com a mínim, no davant del grup. És, per tant, analitzant els recursos expressius en la interacció quotidiana, com pot ser una partida de cartes, que podem entendre com les diferències (i les desigualtats de gènere) es reprodueixen i es performen. Butler (1998) fa servir la metàfora de la *performance* teatral com a reiteració quotidiana de les normes sexogenèriques (on podem afegir els actes de parla performatius) i Goffman (1977) la de la *mascarada* o la màscara que es posa el subjecte -i que amaga un jo interior en el qual Butler no creu- per satisfer les expectatives socials del context (o *situació social* segons Goffman, 1987). Tot plegat serveix per fer-se intel·ligible en termes *genèrics* davant la resta de persones que formen part activa o passiva de la interacció:

> "An interactional field, then, provides a considerable expressive resource, and it is, of course, upon this field that there is projected the training and beliefs of the participants. It is here that sex-class makes itself felt, here in the organization of

face-to-face interaction, for here understandings about sex-based dominance can be employed as a means of deciding who decides, who leads, and who follows. Again, these scenes do not so much allow for the expression of natural differences between the sexes as for the production of that difference itself." (Goffman, 1977, p.324)

Segons Butler (2008), per fer intel·ligible alguna cosa primer s'ha d'haver fet visible; d'aquesta manera es pot detectar. La masculinitat, en aquest cas, entesa com a conjunt de pràctiques o accions performatives, depèn d'uns instruments de valoració prefixats, els quals depenen del que abans ja havia estat intel·ligible. Aquest és segurament el cercle interpretatiu que ens permet entendre aquestes escenes en la dimensió *genèrica*. Com que els afectes (i el reconeixement) venen sempre de l'altra banda (persona o grup) les reaccions sempre dependran de la percepció del món i la condicionaran. Uns marcs avaluatius que, segons Butler (2008), ja estan pensats prèviament i que estableixen quines vides són considerades suportables, mereixedores de protecció, com si valgués la pena lluitar-hi, i quines altres, com si no mereixessin protecció, no són vides segons les normes culturals que governen la percepció dels éssers vius.

Segons Butler i Goffman, darrere la construcció *genèrica* com a *performance* hi trobem les desigualtats de gènere (home-dona) i les relacions de poder entre homes. Les estratègies de masculinització centrades en aquest punt, la dominació i la jerarquització, són, per tant, assajos i posades en escena del gènere i la masculinitat en el context de la interacció grupal. I l'espai del futbol és un escenari ple de públic on representar el que s'espera de tu. En diferents moments del treball de camp, hi han aparegut conflictes o violències (verbals la majoria de vegades, alguna vegada de tipus físic) com la que acabem de descriure entre el Tomás, l'Óscar i l'Elías. Conflictes que emergeixen en el terreny de joc de manera agressiva i espectacular però que normalment tenen alguna mena de relació amb la posició que ocupa cadascú dins del grup i el seu poder dins de l'equip o amb el malestar amb què arriben a l'activitat. Tant el poder com els conflictes que apareixen presenten arrels complexes d'analitzar, però sempre tenen a veure, com a mínim superficialment, amb la seva manera de jugar a futbol (xut, passar-la o no passar-la, defensa intensa o defensa passiva…). Quan mantenim converses *a posteriori*, com la narrada anteriorment, per abordar un conflicte, sovint apareix la frase o la idea que "lo que pasa en el campo se queda en el campo". Serveix per reduir o negar la dimensió del malestar o de l'agressió, però té una part de veritat simbòlica molt important. El camp (durant el partit especialment, però també durant

l'entrenament) es percep com un espai ritual on expressar ràbia, agressivitat, i generar conflicte, accions que aportaran beneficis relatius al prestigi i que estaran lligats directament amb la masculinitat. És aquell espai de *desordre liminar* dels rituals, del qual parlava Turner (1986), a partir del qual es reordenen les identitats i estructures emergents. Una tensió jeràrquica i una pràctica que es converteix en principi ordenador del poder de cadascú dins del grup, i que estableix una relació entre prestigi, dominació i masculinitat no sempre vinculada a les habilitats esportives, també a la capacitat d'imposar-se a la resta. Durant els anys he vist nois que pràcticament no parlen ni es comuniquen abans de començar o al final, i si ho fan és més aviat des de la timidesa i la inseguretat. En canvi, dins del camp criden, s'enfaden i maltracten l'altre perquè, tot i que el que passa el camp mai es queda al camp, sí que es fa sevir el rectangle en aquests termes d'escenari on executar un ritual dos o tres cops la setmana.

Goffman diu que existeix un *backstage* on el públic no pot accedir i on apareixerà una espècie d'essència no *generitzada* de la persona. En canvi, Butler defensa que no existeix aquest espai, o "jo interior", on la mirada social desapareix, perquè la mateixa construcció del *self* respon a normes preexistents (Nolasco, 2018). I així com estem d'acord amb la inexistència d'espais o un *self* extern o innocu a la norma social, sí que hem trobat durant el treball de camp espais que actuen de *backstage,* on les estratègies de masculinització se suspenen, se suavitzen o perden part del seu efecte i permeten altres tipus de *performance*s. Seria incomplet entendre la violència masculina només com a eina o com a mitjà per al domini i l'establiment de jerarquies i hegemonies (interna i externa). La violència exercida o el desig de violència, cap a un mateix o cap als altres, moltes vegades és una manera de comunicar i expressar malestar. Un no poder més. O una resposta acceptada i legitimada socialment -en el cas dels homes, no en el cas de les noies, que està penalitzada- davant la violència rebuda durant l'itinerari d'exclusió (família, escola, institut, dispositius psiquiàtrics…) i aflicció:

> En l'ingrés aquest que estic parlant, m'hagués *liat* a *tiros*. Que em van ingressar perquè estava destrossant… no ho sé, estava violent, estava violent… vull dir, i tenia raó, però no es fica al meu lloc, que és el de la merda, això ho tinc clavat a l'ànima. Aneu-vos-en a la merda, m'estic queixant de que està abusant de mi, l'Estat, el *cole*, l'institut, primària, profes, tots, tothom… diu "ya, es que están en contra tuya", a sobre em van dir esquizofrènic, m'estan donant d'hòsties i em diuen que ho deliro. No, per favor, no; siguem sincers, siguem sincers. Jo, la meva excusa és… hagués matat algú aquell dia, quan em van ingressar hagués matat algú. No, no, m'hagués emportat algú per davant, no, t'ho juro, t'ho juro… **(Toni, 28 anys)**

### 7.2.2 Duresa física: cos i esport

> Sí, puede ser que los hombres siempre intenten ser más duros de lo que son. **(Octavi, 26 anys)**

Actualment, ens trobem amb una notable tradició d'estudis antropològics que recuperen el cos de les ciències socials a partir de la relectura de fenomenòlegs com Merlau-Ponty (1975) i el situen com a objecte d'estudi (Esteban, 2013; Planella, 2006, entre d'altres) i com a base existencial de la cultura (Csordas, 1990). Ja deia Marcel Mauss (1971) que no existeix comportament natural en relació amb el cos. Per tant, hem après, des de l'antropologia (especialment des de les branques de la salut i el gènere), la importància de saber llegir el cos com a recipient de la cultura, però també com a altaveu del patiment subjectiu. En aquest sentit, alguns estudis provinents dels estudis de gènere centren l'anàlisi en com el cos masculí és un reflex del sistema sexe-gènere i, més concretament, masculinitat hegemònica i les hibridacions posteriors (Laqueur, 1994; Enguix, 2012). Paral·lelament, ens diuen, els cossos poden ser llegits com a textos que cal interpretar (a tall d'exegetes), per entendre el patiment, l'aflicció viscuda, però també les formes de resistència. Una interpretació que supera la divisió cartesiana i entén el cos com l'ancoratge de la subjectivitat (Merleau-Ponty, 1975). En el nostre cas, el cos llegit socialment com a masculí és la màxima representació d'un conflicte i de la tensió existent entre duresa-força-resistència-poder i vulnerabilitat-fragilitat-(inter)dependència.

La musculatura és l'expressió estètica d'aquesta *toughness*, de la potència (i potencial violència) i la constància per aconseguir una fita (més enllà de la musculatura en termes biològics, el cos és intervingut de moltes maneres: exercici físic, alimentació…). Però alhora el cos és la prova més evident i innegable de la vulnerabilitat humana. El cos pot ser vulnerat, violentat, ferit i pot emmalaltir en qualsevol moment, com podem fer-ho nosaltres. O, dit d'altra manera, el cos masculí representa tant la fortalesa aparent com la vulnerabilitat real i primària que amaga. I ho fa a partir d'una contradicció entre home i humà que es *corporalitza*. Aquest és, per tant, un camp abonat al conflicte permanent per als homes que pateixen, que patim. I això es manifesta de manera particular en el cas dels homes *desterrats* al lloc del diagnòstic o la discapacitat en tant que cossos no productius i no reproductius condemnats a la impossibilitat de la masculinitat, a la masculinitat negada.

Durant l'adolescència, el cos adquireix un paper central, que no desapareix durant la joventut i l'adultesa emergent, però que era menys evident o menys sensible a la cultura durant la infància. Els cànons de bellesa establerts tenen un impacte especialment notori sobre el cos femení, però també apareix, cada vegada més, sobre el cos masculí, els quals podem entendre com a representació de l'ideal de duresa hegemònic. D'aquesta manera, podem dir que deixem de tenir cos per ser cos. Alguns professionals entrevistats posen al centre de l'adolescència aquest cos:

> A l'adolescència s'han de fer tres dols […]: la pèrdua de la identitat infantil […]. Una pèrdua pels pares de la infància, també, aquest model més de protecció dels pares i d'ideals dels pares. I, d'altra banda, una pèrdua del cos de la infància, no? I tota una sèrie de vivències que es fan una mica estranyes, a partir de… uns canvis que són molt abruptes, i que quan veuen una estructura de personalitat o psíquica fràgil realment poden sobtar molt. La idea és que, passat aquest procés, que a més és un procés de diferenciació del món familiar, i vas buscant maneres de confrontar-te amb l'entorn… la idea és que pugui assolir això, el seu propi cos, el seu gènere, les seves eleccions… **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

> L'índex més alt (de casos) és sobre adolescents; llavors, com que fem una *criba* del que és urgent, preferent o del que pot esperar […]. Hi ha una priorització i els motius de consulta continuen sent els mateixos i el que prioritzem evidentment és si hi ha intents autolítics, autolesions… […]; l'adolescent amb aquest reajustament de què parlàvem abans, sobretot és amb noies, eh?, però el reajustament aquest de què parlàvem abans porta també a preguntar-se sobre la imatge corporal, "no m'agraden les meves cames, els meus cabells, la meva cara", no? I aleshores, a vegades, doncs també "em vull aprimar perquè no m'acabo d'agradar. **(Montse, directora del CSMIJ, 17.01.2018)**

> El hombre actualmente […] le está dando mucha importancia al cuerpo también, ¿no? Con estas enfermedades que ya no solamente la anorexia, sino que está la vigorexia, ¿no? En el sentido que el hombre, también de repente se ha incorporado a este narcisismo patológico de su cuerpo… **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves-adolescents, 22.11.2017)**

La centralitat que té el cos, especialment durant l'adolescència-joventut, en la nostra cultura és la mateixa que caldria donar-li com a entitat anunciant del patiment. Com diu Correa-Urquiza (2016), "es primero el territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada locura. Allí se manifiesta el *aullido*". Després del diagnòstic, i a mesura que avancen els itineraris de *psiquiatrització*, el patiment i l'aïllament, però sobretot la medicació i l'estigma es *corporalitzen*. Els cossos es modifiquen i acaben sent productes de l'aflicció i del temps viscut, però també de la mirada social que els interpreta: "Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso,

tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino el de aquello que los «otros» hacemos con ella. Hablamos de un cuerpo que comunica «ausencia», «vacío».” (Correa-Urquiza, 2016, p.324)

Durant els anys que ha durat el treball de camp, hem vist com els cossos evolucionen, s'engreixen, s'aprimen i, en definitiva, són portadors del dolor i l'experiència viscuda. Recordo especialment el moment en què va aparèixer en algunes de les activitats un grup provinent d'una residència de llarga estada per a persones amb diagnòstic psiquiàtric o diversitat funcional. Es barrejaven amb persones del club que vivien de manera autònoma amb les famílies, en pisos propis o que es trobaven en un moment molt menys avançat de la situació de cronificació (o, fins i tot, amb una relació molt distant entre patiment viscut i cronificació vinculada a la xarxa institucional). Recordo la primera assemblea de club en la qual vam coincidir. Vaig observar la rotllana, els cossos presents i les diferències entre ells. Entre les noves (in)corporacions, els trets eren compartits: els cossos envellits, les mirades perdudes, els ulls, la pell gastada, l'expressió facial neutra o la no-expressió, la boca seca i la saliva establerta de manera permanent sobre la comissura dels llavis, l'esquena encorbada i la voluptuositat. Recordo que vaig pensar en la química i el patiment que acumulaven aquests cossos i recordo, sobretot, que em vaig preguntar què devien pensar els nois joves, de l'activitat de futbol, que assistien a l'assembla en veure que formaven part del mateix grup social. Aquesta escena em va fer pensar en la urgència d'aprendre a escoltar els cossos, aquest *aullido* de què parla Correa (2016), aquests cossos que s'han buidat de subjectivitat i vida per transportar química i estigma. La imatge cronificada del trastornat té més a veure amb els efectes secundaris de la medicació que amb l'expressió del patiment subjectiu que cal saber llegir entre línies.

El cos, per tant, narra el dolor (intents autolítics, talls…), fa visibles coses que no es poden dir (cronicitat, apatia…) i alhora silencia coses que no es volen escoltar (tractaments centrats en la farmacologia, exclusió, residu…). Recuperant el treball de Coll-Planas i Visa (2015) sobre les narratives de dones amb càncer de mama a través de la xarxa i la metàfora de les *cicatrius (in)visibles*, podem dir que la relació amb el cos durant els processos de s/e(p)/c es pot dividir en dos pols possibles: la distància o l'aproximació:

> “Por un lado, aparece el cuerpo disociado: como algo que se tiene, que es ajeno y fragmentable. Así, el diagnóstico de la enfermedad se muestra como una noticia que

> puede desembocar precisamente en distanciarse del cuerpo, ya que es vivido como una amenaza a la propia vida. Por otro lado, encontramos la tendencia opuesta: que la enfermedad precisamente lleve a la conexión, a la escucha del cuerpo." (p.504)

En el nostre cas, la relació amb el cos apareix com a mitjà per a l'enduriment i la defensa d'una vulnerabilitat negada o com a instància que comunica un patiment, un no poder més. Un cos que és, per tant, dipositari del gènere, i en aquest cas dels valors hegemònics de la masculinitat, però que també és capaç d'expressar el seu fracàs. Deia Butler (2002) que el sexe no és una entitat biològica independent o preexistent, sinó que el cos i el sexe es manifesten com a poder productiu i resultat del binarisme de gènere -reforçat per coneixement científic i mèdic, tot i les moltes incongruències existents en aquest sentit (Fausto-Sterling, 2000). En aquests termes, el cos masculí és tant dipositari del fet social (la masculinitat culturalment dominant i els seus privilegis) com reivindicador de la vulnerabilitat que els ulls o les paraules pretenen negar. Cossos que tenen el privilegi de treure's la samarreta després de l'entrenament i moure's per l'espai públic d'aquesta manera i cossos que mai no seran acusats de vestir massa o massa poc. Però cossos també que canvien de pes (com el cas que posem a continuació) reben morats i violències (cops, pallisses i assetjament que apareixen a les narratives) i s'autolesionen per fer intel·ligible i visible el patiment i el dolor.

Un dels nois de l'activitat de futbol va desaparèixer a mitja temporada; no era la primera vegada que passava, ja que la participació en les activitats del club, per a molts, sempre ha estat intermitent, discontínua, però aquesta vegada la particularitat estava relacionada amb el fet que era una persona amb molt d'estatus dins del grup: carismàtic, amb molts vincles amb la resta i bon jugador de futbol. A més a més, la marxa va ser relativament sobtada. Sabíem que estava passant per una crisi, que s'estava quedant molt a casa i que estava patint, però només ens arriba la informació fragmentada. Un dia, després de l'entrenament, l'Óscar explica que havia parlat amb ell per WhatsApp:

> Ho explica sabent que això li dona una rang dins del grup i es converteix en el centre d'atenció. La preocupació grupal continua estant allà. Tot i que fa mesos que el Narcís no ve i que al CS hi ha sempre moviment de gent que entra i surt, en aquest cas és diferent perquè se l'invoca gairebé cada setmana. L'Óscar diu que el Narcís "está fatal", que no vol sortir de casa, que no vol veure ningú (l'aïllament que tots els entrevistats manifesten haver viscut durant algun moment del seu itinerari, la soledat, quedar-se fora de tot). Aquesta és la por grupal, reviure el que tots han viscut, però també saber-se alleugerits

perquè no són ells aquesta vegada. Ells són dins, no fora. Un *dins* perifèric però dins d'alguna cosa, en definitiva. Per això aquesta informació sempre esperen a compartir-la quan estem en grup, quan tots escoltem. El grup continua buscant explicacions. L'Óscar prossegueix amb l'explicació, diu que el Narcís no vol veure ningú, només la família, amb qui viu. Diu que no tornarà al futbol. Tornen a aparèixer els mateixos motius etiològics de sempre: la festa, l'alcohol, quan va desaparèixer durant uns dies i en ple brot tres després d'una festa… No se sap ben bé com, però la dinàmica grupal els porta a compartir els seus diagnòstics, fan una roda; l'Óscar diu que el Narcís té esquizofrènia, el Nicolás diu que "yo también", etc. Ho diuen de manera molt normalitzada i amb poc sentiment d'identificació i reconeixement amb el diagnòstic propi, com una cosa que ve de l'exterior i que han acceptat, o com a mínim aquesta és la meva percepció. Apareix aleshores al grup un tema molt interessant, que és "el no poder", anar-te a poc a poc separant i quedar-te a casa, distanciar-te cada vegada més i fer una muntanya més alta. Cada vegada resulta més difícil qualsevol activitat quotidiana, senzilla. Fins i tot aquelles que agradaven tant el Narcís, i el futbol n'és el millor exemple. Activitats que cada cop resulten més difícils, més inabastables. Fins a arribar al punt -diuen- que venir a una activitat que t'encanta, com el futbol, és un esforç massa gran, una distància massa llarga que s'ha fet inassumible. De cop, es conforma un *grup d'experts*, amb molt coneixement, sobre l'aïllament i els moments difícils, de malestar molt intens. Grupalment es construeix una explicació de com es produeix aquest procés d'aïllament, com cada vegada fas menys coses, veus menys gent, fa més mandra tot, et costa més connectar-te, veure gent, cada vegada n'ets més lluny. En un moment donat, l'Óscar s'imagina la tornada del Narcís i comparteix aquest pensament amb el grup, em mira a mi. S'imagina aquesta tornada a l'activitat de futbol i al Club com una cosa angoixant; persones que et pregunten coses quan arribes, i posa exemples de les persones que l'atabalarien. L'Óscar recrea aquesta situació, les preguntes, l'atabalament grupal… I aquesta situació en dificultaria la tornada, segons ell. Segueix el grup de discussió entre *experts*, parlem de com fer aquesta tornada a la "vida social"; primer a poc a poc, amb poca gent. També parlen dels canvis en el cos durant aquest període, bàsicament com t'engreixes, estàs diferent, no et veus bé i encara costa més aquesta sortida del bucle. L'Óscar treu el mòbil i ens ensenya una foto del Narcís, de fa uns anys, quan estava molt més gras. La foto és impactant i penso en la sensació de fracàs d'haver aconseguit tornar a estar bé i, de cop i volta, tornar a caure molt avall. També penso en com això es *corporalitza* i s'entronca amb els ideals de bellesa. Aquests processos fan desviar-te, ser un anormal i el cos és la marca d'aquesta desviació, que la fa evident, la fa visible. El cos com a visibilitzador del dolor i el patiment. Tornen a narrar com el Narcís va anar desmotivant-se i desapareixent. El grup parla de l'absència buscant explicacions, comparant-se -sense dir-ho- amb ells mateixos, veient-se salvats però en risc, expressant també estima cap al Narcís. Perquè el Narcís ho tenia tot (era acceptat, jugava bé a futbol, simpàtic, intel·ligent, tenia carisma, era bona persona) i ara no té res. Aquesta idea hi és present, de la mateixa manera que unes ganes de cuidar-se entre ells que trenca amb la idea de masculinitat autosuficient. Encara que a vegades apareix un cert morbo en les explicacions, el troben a faltar i aquesta història remou, condensa molts elements, en l'àmbit simbòlic i pràctic, per al grup. **(Diari de camp, 2016-17)**

Malgrat que no sempre el cos expressa visiblement la impossibilitat i el patiment[93], l'itinerari corporal (Esteban, 2004, 2013) del Narcís, en aquest cas, és un signe del seu malestar, del seu aïllament, del seu fracàs, de la seva exclusió. Encara més si tenim en compte que durant molts mesos va ser el contrari, mostra d'autosuperació -es preocupava pel pes però estava content del seu estat físic-, de velocitat, de normalitat, de masculinitat i d'habilitat futbolística, característiques que comentava sovint amb satisfacció. És cert que quan parlem d'efectes secundaris de la medicació psicofarmacològica, la preocupació pel pes i el greix apareix molt més en dones i persones socialitzades com a dones i, en canvi, en els homes la preocupació va molt més dirigida cap a la manca de potència sexual (manca de libido, dificultats per a l'erecció...)[94]. Tot i això, cada vegada més, les persones socialitzades com a homes es preocupen per encaixar també en els ideals de bellesa, i això pensem que té a veure amb les transformacions nocives i una de les *hibridacions* principals del model de masculinitat que hem anat comentant. Amb això no volem dir que els homes abans no es preocupessin per encaixar en el model normatiu i estètic de masculinitat, sinó que el que s'ha transformat és aquest model i cada vegada agafen més importància el pes o la musculatura.

Però si, sobretot, el cos masculí apareix durant tot el treball de camp com a preocupació estètica (menys visible perquè encara opera la idea que no cuidar-se el cos és més masculí), també ho fa en relació amb la capacitat de jugar bé a futbol: agilitat, força... I això es relaciona amb el pes i la constitució. Tanmateix, el més interessant d'aquesta vinyeta és veure com el cos representa, explica, visibilitza i fa evident el fracàs, el no poder. Un *no poder* que posa en qüestió la masculinitat hegemònica o simplement n'exclou, però també un *no poder poder más*, que diria Chul-Han (2012), que exclou del rendiment i, per tant, d'una societat productivista. Aquesta idea la reprendrem més endavant.

[93]Ho explica Valverde (2015) quan parla de les síndromes de sensibilització central (SSC), que inclouen procesos com el de la fibromiàlgia i la fatiga crònica, els quals es caracteritzen per una invisibilitat (no es perceben o no presenten signes corporals visibles des de fora) que moltes vegades hi juga en contra. Ningú no percep d'entrada cap dificultat, de manera que les normes socials no es flexibilitzen o no es donen els suports necessaris.

[94]Ens basem en un estudi encara preliminar, en el qual hem participat durant els darrers anys, sobre el consum de psicofàrmacs, el qual porta per títol "Gestión colaborativa de la medicación (GCM). Un proyecto de investigación – acción participativa en salud mental" i en la presentació realitzada durant el primer Congrés Català d'Antropologia (Coca, 2020) sota el títol de "Género, fármacos antipsicóticos y trastorno mental grave: los efectos secundarios y sus interpretaciones según el genero", on es va fer una anàlisi, encara exploratòria, sobre les narratives d'aquests efectes secundaris en clau de gènere."

Davant del cos masculí que "fracassa", que abandona i queda fora del reialme de la masculinitat jove, forta i vigorosa, i del cos "saludable", hi trobem esforços sempre insuficients per no fracassar, per endurir-se. Autodisciplina i intervenció sobre el cos a partir de l'esport, l'entrenament, la constància i la resistència:

> Arribo al camp, només l'Adrià fa voltes al camp. Continua amb la seva autoexigència, que transmet al grup i a ell mateix. Se m'acosta quan em veu, em diu que avui vol superar les 15 voltes de l'escalfament; no saluda, només això. Una competència amb ell mateix, una demostració davant dels altres. Demostració sempre relacionada amb el físic, amb la seva resistència però, sobretot, amb la seva capacitat d'esforçar-se. Abans dels partits sempre es pren productes, begudes energitzants i combinats per aguantar *a tope* tot el partit. Rigidesa i autoexigència que el porten a viure molt malament la frustració, l'error o perdre un partit. **(Diari de camp, 2017-18)**

Aquest cos que necessita fer-se invulnerable (i de vegades violent) per defensar-se d'altres masculinitats i de la violència masculina, com dèiem, també apareix en diferents moments del treball de camp. Durant l'entrevista amb un dels informants, el Tomás, apareix entre línies la violència rebuda per part d'un germà i durant l'etapa de l'institut per part dels companys. Fora de la gravació i de les preguntes narra també la importància de les arts marcials per superar aquest dolor, però sobretot com a mecanisme per endurir el cos, per endurir-se ell i per poder defensar-se:

> Fa molta referència a la superioritat física del germà, és més alt i més fort, diu. Hi ha un element transversal en l'entrevista, que és la superioritat física i numèrica tant dels altres nois -als quals defineix com a *chulitos*- que l'assetjaven a l'escola/institut com del seu germà. Això té una connexió molt directa en la decisió que ell pren d'apuntar-se a fer arts marcials (un dels seus temes estrella) per defensar-se físicament. Tot i això, transmet molta vulnerabilitat en tot moment i que té por, especialment de la violència física que ha rebut per part del seu germà […]. Té els ulls plorosos quan parla del gran patiment dels últims 10-11 anys, que té a veure amb la mort de la mare de càncer però també amb la violència rebuda […]. Ell ha patit l'agressivitat dels homes del seu entorn, especialment del germà, i, per tant, ha patit la conseqüència d'aquest MMH agressiu. Alhora transmet (implícitament) una voluntat de transformació física i mental d'aquesta debilitat en fortalesa física (a través sobretot de l'esport i les arts marcials). Quan parla de com trobar-se millor, parla de les arts marcials com a mitjà durant els últims anys. **(Diari de camp, 2017-18, entrevista Tomás, 33 anys).**

Des d'un altre prisma, però també en relació amb la violència rebuda (que ell qualifica de *bullying*), el Toni explica una situació violenta que rep a l'institut i com es penedeix de no ser com altres nois, que fan servir la violència per defensar-se, per "donar primer":

> Però hi ha gent que ho soluciona sola, saps?, *me están pegando, pues yo primero le doy*, però jo soc bona persona, *bueno*, no fotis, després del que estic rebent… massa bona persona! Massa bona persona! I quan em van tirar la broca, que em podien haver matat, eh?, no m'hagués arribat a la *sien*, a la broca… una broca amb potència, eh?, des de l'altra punta, fla! Una broca… va rebotar a un motor; si m'hagués tocat a mi això al cap, que anava per a mi, no ho explico, no ho explico. **(Toni, 28 anys)**

La duresa física, expressada a partir de les arts marcials, l'entrenament o la valentia necessària d'exercir violència abans de rebre'n o simplement defensar-se, manifesta com és d'important en termes de masculinitat la demostració o representació de la capacitat d'exercir violència (encara que se'n faci ús) i la capacitat necessària per destacar en activitats esportives o físiques. El cos és, per tant, el camp que cal intervenir (entrenaments de futbol, arts marcials…) per endurir-lo; aquesta serà una estratègia de masculinització efectiva, aportarà privilegis i reconeixement dins del grup. Però el cos també el tenim per fer evident el patiment, l'exclusió, el fracàs. El cos, com apuntaven Coll-Planas i Visa (2015), pot comunicar en tots dos sentits i per això esdevé un camp de batalla on s'enfronten la masculinització (en termes de masculinitat dominant i hegemònica) i la vulnerabilitat. Tensió paral·lela a les tensions entre la salut i la malaltia, la joventut i la vellesa o els cànons de bellesa i la diversitat de cossos existents.

Com dèiem, aquesta batalla té com a escenari privilegiat el futbol i l'esport. És aquí on les estratègies de masculinització tenen lloc i on són més visibles. Perquè el joc entre visible/invisible és central en qualsevol itinerari corporal. Moltes hores de gimnàs necessiten espais com la platja, on poder mostrar la musculatura adquirida, de la mateixa manera que l'aïllament i la pèrdua de la forma física (la qual provoca vergonya i inseguretat) es retroalimenten. Com veiem en el cas del Narcís, el cos s'aïlla i s'amaga quan és un cos que *pateix*, un cos adolorit, un cos, en definitiva, vulnerable.

Però seria insuficient comprendre el futbol masculí només com a *masculinitzant* i, per tant, negador de la vulnerabilitat i peça fonamental de la *corporalització* de la masculinitat. Les estratègies de masculinització es donen en aquest escenari perquè paral·lelament passen moltes altres coses:

> Els nois… jo tinc la sensació que estan molt perduts, no? A nivell de discurs, eh?, perquè aquí, per exemple, a mi em va cridar molt l'atenció quan vaig venir aquí perquè veies que molts nois… però també és una herència de *lo* patriarcal, jo crec. O sigui… fan molt futbol, el futbol aquí a Sant Martí

> és una passada, la de nanos que van a futbol, però allà troben un espai de socialització masculina, no?, i amb els trets de sempre i no sé què…, sense una cosa… exclusiva, o sigui que si juguen *nanas* ells encantats, o sigui, que no hi ha aquesta cosa, sinó…, però *bueno*, trobar una via que per a ells és d'estar entre [nois]. **(Carlos, 02.03.2018)**

> Parlo molt amb el Marcel una estona, ha vingut a acomiadar-se perquè no podrà venir més, m'explica que comença pràctiques d'integració social. Està molt content d'haver compartit unes quantes setmanes amb nosaltres. És un amic d'una de les treballadores del Club, que va venir perquè l'interessa el món de la salut mental, perquè juga a futbol, per tot una mica, no és clar, però és d'aquests encontres i espai de trobada que permeten el Club i l'esport. Espai de trobada de particularitats, en aquest cas particularitats masculines. El Marcel és molt maco, tranquil, amb una masculinitat suau. Em sorprèn quan em diu que no es pot quedar, que ha de marxar, només vol acomiadar-se. Ha vingut expressament per això. L'Aina (entrenadora) crida el grup, ell fa un parlament molt bonic, l'aplaudeixen […]
>
> Bon entrenament. El Luard està sobreexcitat. S'enfada quan li dic que ha d'escalfar, "Xavi, que no puc, que em foto 10 pastilles cada dia". El Nicolás ve amb un amic que estudia amb ell, també continua venint l'Ovidio, el noi veneçolà que passava per allà i un dia va venir a preguntar si podia entrenar amb nosaltres. Des d'aquell dia és part del grup, juga bé i mai no ha preguntat res, ni ha calgut explicar que formem part de la xarxa de salut mental. Simplement vol jugar a futbol i compartir un espai amb més gent (fa poc que és aquí). Aquest compartir espai, aquesta espècie d'inclusió masculina que l'esport i el futbol permeten. **(Diari de camp, 2017-18)**

L'esport i el futbol tenen un lloc social privilegiat en el món masculí i, per tant, en el món (lògica androcèntrica). Això fa que sigui un espai i una activitat amb grans potencialitats en l'àmbit socialitzador i comunitari. Durant els anys que fa que m'encarrego de l'activitat i el treball de camp, molts nois han aparegut i han vingut a jugar, persones que expressen o que sabem que no tenen cap altra activitat fora de casa i de la família -o cercle proper- en tota la setmana, però que es vinculen a l'activitat de futbol. Sense l'element socialitzador i, per tant, amb gran potencial de *reafiliació*, després d'un procés de *desafiliació* com el que viuen molts dels nois psiquiatritzats, no es podria entendre el futbol i l'esport com a estratègia i espai privilegiat per als processos de masculinització. I aquesta doble dimensió -masculinització-socialització- és fonamental per entendre la creació d'espais "naturalment"[95] masculins i que en la majoria dels casos es posen al servei de la

[95]Fem servir "naturalment" entre cometes per fer referència a espais (públics per definició) generitzats que es creen com a conseqüència del procés de socialització masculina i que, per tant, obtenen privilegis en una lògica androcèntrica: bars, camps esportius…, però són llegits com si fossin de creació espontània (natural).

masculinització. Contextos o enclavaments fonamentals per a la construcció de relacions verticals -de poder (hegemonia-subalternitat)-, però també d'horitzontalitat i cures. Espais que, per tant, han de ser fonamentals en qualsevol anàlisi o proposta d'intervenció que plantegi el reforçament de la segona dimensió i el debilitament de la primera. Necessitem adreçar-nos als espais on *els homes es fan homes* i *fan d'homes* per la transformació del que vol dir *ser home*.

### 7.2.3 Independència, autosuficiència i estoïcisme emocional: negació masculina de la vulnerabilitat

No, però, és clar, el concepte de fragilitat, culturalment, per a la dona és més assequible, per al noi no. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia. 06.11.2017)**

La vulnerabilitat pot ser entesa com un denominador comú o com un problema, ens diu Pié-Balaguer (2019):

> "La vulnerabilidad como condición ontológica relacionada con la posibilidad de ser dañados toma distintas formas en función de su gestión. Esta última puede producir una vulnerabilidad problemática o una distribución desigual del sufrimiento, o bien puede asumir su centralidad haciéndose cargo de ella por vía de los cuidados." (p.52)

L'autora distingeix la vulnerabilitat problemàtica de la vulnerabilitat primària. La segona és intrínseca a la vida i demana cures des del dia que naixem. La primera, segons les teories de les cures (Brugère, 2012; Tronto, 2009; Le Goff, 2012; Molinier, 2013, entre d'altres), és generada a través de formes de violència o dominació induïdes (Garrau, 2012). I encara podem anar més enllà per afirmar que la problemàtica deriva d'una mala gestió de la vulnerabilitat primària o una manera insatisfactòria de cures (molt relacionada amb una distribució desigual, segons el gènere), la qual deriva moltes vegades en formes de dominació (Pié-Balaguer, 2019). Per tant, si la vulnerabilitat és originària i intrínseca a la vida, és en el *com* la gestionem col·lectivament on es construeixen les problemàtiques (violències, relacions de dominació, aïllament, sobrecàrrega). En el nostre cas, aquest *com* ve definit per les estratègies de masculinització i la construcció de gènere. Parlem, doncs, de com gestionem la vulnerabilitat els homes en un context històric com el nostre, en el qual

el subjecte modern -basat en aquest *jo* moral kantià- es caracteritza per la capacitat de mai no trencar-se, mai no defallir, sempre mantenir-se dempeus, lliure de lligams i independent.

El control de les emocions a través de la negació de la vulnerabilitat és segurament l'estratègia de *masculinització* i l'aprenentatge masculí més rellevant en termes d'expressió i gestió del patiment subjectiu. I és quelcom que apareix des del moment de la infància, quan els adults de l'entorn reaccionen diferent a l'hora d'acollir un plor de nen o el plor d'una nena. Com hem vist en el segon capítol, és analitzant aquesta estratègia, en relació amb la socialització masculina, com podem trobar una explicació a la dificultat de demanar ajuda (*help-seeking*) o consultar, quan els homes -joves- es troben en una situació de patiment (i malaltia o trastorn), i a l'externalització del patiment (consum, violències, suïcidis), com a conseqüència directa. Una *estratègia de masculinització* que cal entendre també en termes productius i de rendiment. La masculinitat hegemònica que nega la vulnerabilitat encaixa amb el verb *poder* sense límits del qual parla Han (2012) quan descriu la *societat del rendiment*. Mentre la societat disciplinària es construïa en negatiu i produïa un excedent de bojos i criminals, la societat del rendiment parla en positiu i genera un excedent de depressius i fracassats, ens diu Han. Això ens situa en la interacció o articulació entre masculinitat hegemònica i model econòmic neoliberal per entendre aquesta segona estratègia. Com expliquen les teories de l'economia feminista, el patriarcat és la ideologia del capitalisme i el seu subproducte neoliberal, per això es produeixen creuaments sistemàtics entre l'un i l'altre, des del mateix naixement del capitalisme el patriarcat és central perquè es consolidi (Federici, 2010; Pérez, 2014).

Cal remuntar-nos a la Il·lustració (o fins i tot abans, segons Federici, 2010, 2018) per entendre els orígens d'aquesta relació de domini entre raó i emoció, la qual se sustenta en una *inferiorització*, negació i ridiculització de la segona respecte a la primera. Seidler (2000) explica de manera detallada com aquest procés històric androcèntric -començant pel racionalisme kantià i la seva gran influència sobre autors com Weber i Durkheim- instal·la un esquema jeràrquic que té conseqüències per als homes però que va molt més enllà; esdevé una peça clau del domini patriarcal i estructura la manera de concebre i ordenar el sistema social.[96]

[96]La jerarquització entre continguts -currículum- i altres aprenentatges en l'àmbit educatiu és un exemple clar d'això.

L'èxit d'aquest procés històric i de la Il·lustració és principalment la conversió de valors masculins -i *masculinitzants*- en neutres i universals. Tot plegat evidencia que "los hombres estamos tan acostumbrados a ejercer el control sobre la razón y el lenguaje que difícilmente reconocemos las situaciones en que lo hacemos" (Seidler, 2000, p.61). Aquest esquema no només s'estableix en la dicotomia públic/privat, segons el qual tota l'esfera emocional quedaria relegada, progressivament, a l'àmbit privat i deixaria de tenir valor, sinó que aquest androcentrisme afecta també la teoria social:

> "En parte hemos creado teorías sociales que se encierran en sí mismas de manera similar y que legitiman únicamente nuestra existencia como seres racionales. Es como si no tuviéramos también una existencia como seres corporales, emocionales o espirituales. Estos aspectos de nuestra experiencia se silencian o niegan." (Seidler, 2000, p.111)

Gil Calvo (1997) va un pas més enllà en l'àmbit històric, i parla de la *masculinitat postmoderna* com un producte del moment actual, en el qual podem continuar parlant d'aquesta relació entre masculinitat i estoïcisme emocional, però cal que l'analitzem contextualitzant una masculinitat canviant, posada en qüestió i construïda partint d'una idea de *jo múltiple*, entesa com a multiplicitat de rols masculins en funció de l'espai i les relacions dins de les quals cada rol es troba inserit. En altres paraules, quan veiem esportistes d'elit plorant i expressant vulnerabilitat -imatge cada vegada més comuna-, hem d'interpretar aquest fet com una transformació dels valors culturals de masculinitat associats a l'emocionalitat/vulnerabilitat o com una evolució cosmètica i necessària per continuar controlant l'emoció, a partir de donar-li un espai i un lloc determinat perquè s'expressi, però sense qüestionar-ne el model?

Històricament, es construeix una ficció que es basa en la idea que l'emoció es pot aïllar, dominar i controlar des de la raó, de la mateixa manera que l'home controla la dona o la cultura ho fa amb la natura. Un dels mecanismes principals per controlar l'emoció és la paraula i decidir què fem amb ella. Malgrat que podem estar d'acord que moltes emocions en un estat preverbal no es poden controlar, no podem negar que hi ha un impacte o un element productiu d'aquesta negació emocional que afecta la manera com sentim. Tanmateix, la major part de la negació de l'emocionalitat masculina (tota excepte la ràbia)

es produeix en la transformació de l'emoció en paraula i en signes culturalment intel·ligibles. És en aquesta operació, que la racionalitat (vinculada a l'*estratègia de masculinització* que estem analitzant) intervé més per negar o distorsionar l'emoció i l'aflicció. En aquesta negació de la paraula per expressar vulnerabilitat com a pràctica que consolida un model cultural de masculinitat determinat, deixa només l'acció no racionalitzada com a única manera d'expressió emocional possible. De fet, podríem dir que la paraula fins i tot està mal vista si es fa servir per parlar d'un mateix o per fer visible la vulnerabilitat pròpia. Aquesta mirada respecte a l'emoció masculina, més com a acció que com a paraula, confirma la necessitat de parar més atenció a les pràctiques masculines i menys als discursos, o com a mínim a tots dos igual, la qual cosa pretenem que sigui transversal al nostre estudi. La narrativa següent il·lustra molt bé aquesta expressió selectiva de les emocions, que intenta evitar expressar el que té a veure amb el patiment, el dolor o la debilitat a les amistats i només expressar-ho, parcialment, en família i parella:

> Bueno, yo es que con los amigos soy muy difícil porque yo con los amigos soy de estar, de que yo quiero que estén en los buenos, pero los malos me los guardo para mí […]. Y si tengo un día malo pues con ellos, pues me lo guardo para mí. Yo no… no me gusta contar… es como que mi zona de confort es como la familia y la pareja y ya está. Con estas cosas me quedo allí. **(Óscar, 25 anys)**

Un model que, com deia, empeny a expressar de manera conductual o a partir d'accions tot allò que amb paraules és negat. El malestar, per tant, s'externalitza (consum i violència) i la vulnerabilitat s'expressa a partir de *ritualitzacions* estereotipades (Gil Calvo, 1997):

> Jo crec que sí que continua havent-hi el mite aquest del mascle superhome, Superman, que no ha de tenir problemes, no ha de plorar, ha de ser fort, ha de ser dur… I són els que potser després consumeixen més cannabis, o tenen situacions de ràbia, de clínica més que de cops de puny a la paret de l'habitació, no? Això amb nois és molt més així, no? **(Dani, psicòleg del CSMA, 01.03.2018)**

En definitiva, aquestes accions, aquests actes pretenen controlar l'emoció o el patiment i el malestar a partir de mecanismes que el sistema cultural *genèric* considera legítims i aptes per a aquest fi:

> Després, a l'hospital de dia, *bueno*, potser sí que hi ha aquesta tendència, amb els problemes que tens dels nois que és de moltes dificultats de pensar en la part emocional, i que els porten o a bloquejar-se o a refugiar-se en els porros, o a somatitzar, a expressar-ho a través del cos, o a fer esport de manera bèstia, o a anar amb moto, no? El que deia abans dels accidents o fer el bèstia… […] I potser en els nois

> encara hi hauria un model una mica masculí, de l'home que no pateix, i potser això encara ho podem veure en alguns nois i… *bueno*, i en la forma de l'expressió i de poder-ne parlar. I potser entre ells també, que jo crec que les noies tenen avantatge. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta del CSMIJ, 28.11.2017)**

Una estratègia de masculinització a partir de l'emoció que és fruit d'un aprenentatge, el qual es consolida durant l'adolescència-adultesa però que s'aprèn sobretot durant la infància:

> Crec que algunes coses tenen a veure… coses del gènere, històriques o així, *bueno*, només cal veure els patis de les escoles, o penso en el meu pati de la meva escola; mentre jo només sabia jugar a futbol i xutar una pilota, doncs les noies estaven allà xerrant entre elles, comentant què passava entre els altres, *bueno*, i que per mi això té molt a veure *pues* amb això, amb la gestió emocional, gestió relacional, i *bueno*… és una mica part així genèrica. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta del CSMIJ, 28.11.2017)**

> Sí, jo crec que sí, jo crec que sí, i moltes vegades *pues* això, fan sevir menys les paraules, i… sí, inclús de nens hi ha *algo* molt més d'acció en els nens, no?, que amb les nenes. I les nenes més de parlar, de dibuixar, de les emocions, inclús en algun joc aquí ho veus. Sí, jo crec que això hi és, i després a mida que es van fent grans llavors sí, el contacte amb les emocions, i en el parlar i amb tota la qüestió més així, acostuma a ser més patrimoni de les noies que no dels nois. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

Aquest passar a l'acció com a manera d'intentar controlar o sotmetre l'emoció i el patiment acostuma a necessitar altres còmplices, especialment durant l'adolescència-joventut. I aquests, normalment, han de ser masculins. Per tant, són malestars que es canalitzen a partir de xarxes transgressores de complicitat masculina. Com una espècie de *societat secreta*, diu Gil Calvo (1997), que durant l'adolescència comparteix rituals i transgressions d'esquena a la família i el món adult. Però, què passa en el cas dels nois que, producte (o causa) del seu malestar, no formen part d'aquesta xarxa i viuen aïllats? És el cas de l'adolescència que descriuen molts dels nois entrevistats, aquesta *adolescència perduda*, per la qual, a diferència d'altres adolescents, transiten sense grup d'*iguals* ni suposats còmplices:

> De una época que, por ejemplo, yo llegué a tener más amigos, no sé, sexto de primaria y tal. No sé, entrar al instituto, en el instituto ya me fui quedando más solo. Como que… bueno, perdí los amigos y me quedé si acaso con uno contado. **(Elías, 24 anys)**

> Estaba bien en casa con mi ordenador… Tampoco es que tuviera muchos amigos y… muchos del instituto tampoco eran… eran amigos de instituto pero tampoco quedaba con ellos fuera. Era un poco solitario […]. Y estaba en casa y, como me gustan los videojuegos y la tele, pues me la pasaba, bueno, jugando a videojuegos y televisión. **(Octavi, 26 anys)**

> Y entonces pues, bueno, me quedaba en casa, no salía. Si salía era con mis padres o con mi familia; Bueno, con mi familia, ni con amigos ni… nada, nada. Me alejé de muchísima gente. **(Óscar, 24 anys)**

En aquests casos, l'externalització i expressió del malestar a partir de l'acció i sense paraules no es fa en grup. Més aviat es produeix, segons molts dels informants, a través de videojocs, reclusió i aïllament i intents autolítics, en alguns casos.

A partir d'aquesta *dicotomització* i jerarquització entre raó i emoció, podríem entendre moltes altres relacions de poder paral·leles, com ara la relació entre psiquiatria (*saber expert*) i bogeria (*saber profà*), entre món adult i adolescència-joventut… Relacions de poder que s'articulen entre elles i que estratifiquen la població a partir d'acostar-se al model masculí o allunyar-se'n (feminització). La masculinitat, per tant, crea una realitat "a imatge i semblança seva" i descarta tot allò que no s'hi assembla: experiència, símptomes (entesos com a narratives de les persones que pateixen[97]), emocions… En qualsevol d'aquests esquemes, la part subalterna no té la capacitat de controlar-se a si mateixa, és imprevisible i necessita un ens "superior" (masculí) que la controli (racionalitzi) per evitar el caos. Aquesta relació de dominació es trasllada també a l'interior de l'individu a partir d'una lògica cartesiana[98] , la qual separa la ment (racional) del cos (emocional, impulsiu, descontrolat i que cal controlar). Es produeix, per tant, una fractura interna. En relació amb aquesta fractura, Gilligan (1982) es preguntava com la *psique* sana resisteix a la malaltia i a les debilitats, és a dir, com es gestiona la salut del jo en contradicció amb les estructures del patriarcat que requereixen una dissociació o divisió de la *psique*. Més endavant afegeix que el sentit del *self* es construeix com una capacitat de registrar la nostra experiència progressivament. Aquest nucli es distingeix del *self*, ancorat en el cos i l'emoció, i del *self* autobiogràfic, que es lliga a la narrativa de si mateix. En aquesta fractura, la ment ocupa l'espai simbòlic de la masculinitat i el cos, associat a la natura, el de la feminitat. Això, en termes filosòfics tindria relació amb la definició del que és vida segons Agamben (2006), el qual diferencia la vida cultural, biogràfica, plenament humana, racional (*bios*), de la vida animal o pura vida (*zoé*).

[97]Ens basem en la diferència que estableix Martínez (1998, 2000) entre signe mèdic i símptoma, on el signe correspondria amb "una evidencia objetiva de una enfermedad que es perceptible por el profesional" (1998, p.647) i el símptoma, amb "las quejas y las expresiones de la enfermedad y de la aflicción" (1998, p.645). Descartes, un dels grans pensadors d'aquesta raó moderna androcèntrica

[98]Descartes, un dels grans pensadors d'aquesta raó moderna androcèntrica

La majoria de grups subalterns cauen de la banda d'aquesta segona accepció i la majoria de tractaments aversius tenen a veure amb aquesta restricció del que és vida. Hi intervenen per protegir una vida matant el sentit d'aquella vida.

I és que… què és el cos sinó la màxima representació de la vida, però també de vulnerabilitat humana i la seva fragilitat? Tornant a l'estratègia de masculinització anterior, la tensió que es viu en el cos entre saber-se vulnerable i negar la vulnerabilitat és quelcom que els homes viuen com a conseqüència de l'esquema cultural de raó(dominant)-emoció(dominada), entès, com dèiem, com a binomi fundacional de la modernitat.

Una negació que va més enllà de la masculinitat i que situa l'autonomia com a noció hegemònica i ideal antropocèntric. Com diu Balaguer (2019), aquesta negació no podria sostenir-se sense una subalternitat, en el nostre cas, representada per feminitat o allò feminitzat. Per tant, no diem res nou si afirmem que l'esquema binari raó-emoció, autosuficiència-vulnerabilitat/interdependència o home-dona provoca una mena de feminització dels homes que pateixen, que expressen vulnerabilitat, tant perquè ho decideixen com perquè es veuen obligats a fer-ho (crisi, brot, aïllament, aflicció). Però aquest procés de feminització mai no serà complet, sempre serà contextual. Els homes, en contextos diferents, poden mantenir els privilegis independentment de la feminització associada als itineraris de patiment/aflicció. Però el que ens interessa ara no és establir una escala entre les situacions d'opressió i privilegi que viuen homes i dones, sinó entendre com la dicotomia raó-emoció és una antonímia que ens relega, novament, a una situació de passivitat respecte a l'experiència, l'experiència pròpia. Que l'invisibilitza, per tant. O, com ens diuen les feministes des de ja fa molt de temps, hi ha determinades qüestions que no es poden respondre únicament a partir de mitjans intel·lectuals, i la relació entre masculinitat i salut n'és una.

Recapitulant, l'estoïcisme i la independència emocional són una fal·làcia però alhora un dels pilars fonamentals de la masculinitat hegemònica que s'*in*corpora a partir de pràctiques, models (ideals culturals) i respostes socials. Aquesta estratègia de masculinització té, com hem anat anunciant, tres conseqüències principals: en primer lloc, l'evitació dels recursos i la no-demanda d'ajuda; en segon lloc, la masculinització de les vies d'expressió emocional i una gestió de conflictes generitzada, i, finalment, una concepció de la recuperació masculinitzada.

### 7.2.3.1 Evitació dels recursos i la no-demanda d'ajuda

Tal com demostra la literatura al respecte[99], un dels efectes principals de la masculinització -i, més concretament, de l'estratègia de masculinització (conjunt de pràctiques) que té a veure amb la invulnerabilitat, l'estoïcisme i la independència- és la dificultat dels nois a l'hora de demanar ajuda o atenció (mèdica). I en aquest diagnòstic hi coincideixen la majoria de professionals entrevistats:

> [...] però que és com si de vegades necessitessin aquest acompanyament de la seva part més infantil, però sí, sí, normalment, és molt *raro* que vinguin a demanda pròpia. N'hi ha que sí, sobretot noies; si fos aquesta petita dallonses, que venen més perquè es troben malament, no sé què, i demanen a la família d'anar al psicòleg, jo crec que serien més noies que nois, segur. I ja és una petita part nois, *como que no*… Però després tampoc es resisteixen… **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

> [Les noies] potser sí que estan més acostumades a parlar d'angoixa i de depressió. No és tan complicat… o sigui, no és tan *raro* anar a un pati d'una escola d'ESO, no? I que les noies et puguin haver verbalitzat: "No, sí, o m'he sentit angoixada", o "jo he estat trista, o he patit molt, o he estat deprimida", no, no… crec que no costaria tant; en canvi, costaria més… potser sí que hi ha un estigma, potser sí que hi ha un estigma en el gènere, en relació amb quina patologia pateixes, potser això és el que hauríem de mirar." **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 23.10.2017)**

Això passa no només en termes de primera atenció o primera visita a la xarxa de recursos de salut mental, sinó també en el vincle posterior o aliança terapèutica, fet que condiciona o hauria de portar-nos a adaptar l'atenció en clau de gènere, la qual cosa és una de les possibles conclusions aplicades d'aquest estudi:

> Jo diria que és més probable trobar una aliança terapèutica i una continuïtat assistencial amb noies que amb nois […]. I que les noies, si fas un bon vincle, van… accepten un, per exemple, un dir, *bueno*, un cop a la setmana ens anirem veient durant un temps i farem un treball més de pensament i d'entendre què passa i què tal. I en els nois potser s'ha d'abordar d'una altra manera, a vegades més educativa, diferent perquè l'espai mental va més lent, es desenvolupa amb més lentitud. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, 06.11.2017)**

[99] Weissman i Klerman, 1977; Hammen, 1981; Padesky i Hammen, 1981; Thom, 1986; Husaini, Moore i Cain, 1994; McKay, Rutherford, Cacciola i Kabasakalian-McKay, 1996; Goodwin et al., 2002; Addis i Mahalik, 2003; Galdas et al., 2005; Berger et al., 2005; Wang et al., 2007; Fields i Cochran, 2011; Vogel et al., 2011; Levant et al., 2011; McCusker i Galupo, 2011; Jeffries i Grogan, 2012; Fridgen et al., 2013; Yousaf et al., 2015a; Yousaf et al., 2015b.

En general, els professionals entrevistats reconeixen que això té a veure amb un model de masculinitat que no potencia la *literacy* (alfabetització) emocional, ni el suport mutu com a estratègia d'afrontament (*coping strategy*) i que, per contra, potencia l'autosuficiència i el sortir-se'n sol:

> [...] i després que el contacte amb emocions i sentiments amb els nois sempre va… és molt més dificultós inclús amb l'edat adulta *riu*], o sigui que… Potser en aquest sentit sí que la dona, les noies es deixen ajudar més fàcilment, potser sí. Poden no tenir tanta resistència a una relació de reconeixement de necessitat, però *bueno*, *por ahí*, tampoc no molt, molt, molt clarament. **(Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

> Jo penso que les noies no esperen tant a demanar ajuda com els nois, no? Una mica pel que hem estat parlant, i que els nois aguanten, aguanten, i a veure si me'n surto jo per mi mateix, no? **(Dani, psicòleg del CSMA, 01.03.2018)**

> Y el chico suele tener, no sé, mecanismos más omnipotentes, ¿no?, de que yo ya me lo resuelvo yo porque yo ya lo puedo todo, ¿no? No sé, más en ese sentido, más desafiantes. **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

La capacitat de demanar ajuda, expressar malestar i aconseguir suport no la podem entendre només vinculada a la xarxa de recursos professionals o d'atenció, sinó que també la construcció de la masculinitat limita les possibilitats d'expressar-se amb els iguals i aconseguir suport:

> D'alguna manera, a nivell de noies sempre es diu, i jo crec que és cert, hi ha una maduració emocional abans que els nois i jo crec que la biologia també ho marca, perquè l'aparició de la pubertat és abans a les noies. Llavors, aquesta relació entre pubertat, entre la fisiologia, la ment, el cos, en aquest sentit, jo crec que el fet que hi hagi una maduració prèvia ajuda també a l'elaboració de frustracions, relacions… Jo crec que, en aquest sentit, les relacions d'amistat són molt protectores. I aquesta imatge que podem veure en alguns patis d'instituts, de l'ESO, no?, de les noies xerrant en un cantó i els nois jugant a pilota, jo crec que això de xerrar, parlar… Que també hi ha enveges i també hi ha coses, però jo crec que això protegix emocionalment dels conflictes. De fet, la incidència de trastorns mentals greus és més alta en nois que no en noies i jo crec que és aquesta part, no sé si dir-ne afectiva, de comunicació, que fa que les emocions es puguin compartir i llavors protegeix. Determinats nois es tapen les emocions sota el moviment, els jocs esportius on es parla poc, en aquest sentit. **(Marc, doctor en psicologia i psicoanalista, 03.04.2017)**

Sempre es contraposen les dificultats masculines per al *help-seeking* a una feminitat més capaç d'aconseguir suport en una situació de patiment i aflicció, i es naturalitzen, com

ha aparegut en altres ocasions, alguns dels elements que determinen aquesta diferència ("la biologia també ho marca"). Aquesta dificultat per demanar ajuda o reconèixer la vulnerabilitat masculina apareix de manera evident quan s'han produït vulneracions, les quals augmenten, moltes vegades, la sensació de masculinitat fracassada. Tant és així que un dels informants, després d'explicar la seva situació d'assetjament a l'institut, justifica així per què no va poder demanar ajuda i ho compara amb una violació:

> Fa vergonya […], han violat la meva integritat… costa dir-ho. *Bueno*, fa 10 anys, d'això, o més. Fa 11 anys. O més… 13 anys. Però una humiliació de que et trenquin la cara… A veure… Jo anava a casa amb pallisses que em donaven cada dia que anava al *cole*. I jo a casa no ho podia dir, a casa em deien "estudia, estudia per al teu futur […]", jo també he rebut la violència com a home i quan veig les notícies, diuen, no és fàcil dir que t'han violat, pues tampoc és fàcil dir que m'han donat una pallissa entre 5 *tios* i m'han deixat al terra amb "moratones por todo el cuerpo". "No, quizá en todo el cuerpo no", a veure si em faig la víctima!, però les hòsties les he rebut jo. **(Toni, 28 anys)**

Quan Bonino (2000) parla del respecte al valor de la jerarquia com a *creença matriu* de la masculinitat hegemònica, es refereix al lligam que hi ha entre honor i masculinitat, en totes les variants culturals. La masculinitat s'expressa a través de, com dèiem, respectar la jerarquia i la norma masculina; això inclou, si cal, el sacrifici personal o el proteccionisme (paternalista) davant dels que es consideren més dèbils o inferiors. Però quan aquest model jeràrquic i violent té efectes negatius cap a la persona (violència física i psicològica), això es viu com un deshonor, com una *violació*. Parlar de violació, en l'àmbit simbòlic i en una lògica homofòbica i heterocentrista, es considera un dels més grans deshonors que un home pot patir, com la vulneració del cos i la masculinitat més evident. Continuant amb les tesis de Segato (2016), malgrat que hi ha moltes diferències entre les violències entre "iguals" masculines i la violència sexual homes-dones, totes dues comparteixen la pèrdua de la dignitat humana; l'element comú és, per tant, la violació de la dignitat per vies diferents. I és aquí on apareix la vergonya i l'estigma que transforma la violència rebuda en culpa i expressió de debilitat -molt penalitzada en entorns masculins- i que impossibilita la demanda d'ajuda, element transversal de tot el segon relat de vida vist al capítol 6. Sense entrar a fer comparacions o simplificacions, és equiparable al que es produeix en casos de violència sexual en què la dona no diu el que ha passat per vergonya i la certesa que la societat la jutjarà. Per això, si entem l'assetjament escolar i la violència entre nois com una violència *masculinitzant* i com a estratègia de masculinització, podem entendre la impossibilitat de reconèixer la vulneració i demanar suport com dues conseqüències lògiques i associades

entre elles. Com veurem més endavant, apareix una idea, molt vinculada a la masculinitat i al nostre moment històric, que té a veure amb la creença que aquesta mena de situacions les has de resoldre tu sol, tirar endavant per tu mateix. I això vol dir, també, que si fracasses la responsabilitat (culpa) cau sobre tu.

#### 7.2.3.2. Masculinització de les vies d'expressió emocional i la gestió de conflictes

> Tinc ganes de plorar, tinc ganes de plorar… jo no ploro perquè sóc com Schwarzenegger, o Rambo, jo no ploro, però… ploro… […]. No ho faré davant teu, home, en solitari… No, no ho faré perquè… no perquè sigui rotllo, sinó perquè soc massa capullo […]. No, no, és que ho he rebut, i tinc ganes de plorar, t'ho juro. I no ploro mai. Tu sabies que vaig veure una peli d'aquestes de dramaturgues que fan plorar… em guardo el plor, em guardo el plor… És com aquell que ejacula cap a dintre, això deu ser molt fotut. Ho diuen per la tele però tinc ganes de plorar ara mateix, tinc ganes de plorar i no ho faré, no ho faré, perquè anda que no m'he aguantat jo vegades el plor, no me l'he aguantat vegades, tinc ganes de plorar, tio. I ara, després de tot el que t'he dit, si pogués… ara estic extasiat… **(Toni, 28 anys)**

Aquest fragment va ser l'epíleg d'una entrevista molt difícil amb el Toni, un dels informants principals, en què explicava gran part de la violència rebuda a l'institut i que hem pogut llegir en el seu relat de vida. Aquest guardar-se el plor, o plorar per dins, és segurament una part important del desplegament de l'*estratègia masculinitzadora* que consisteix a ocultar determinades expressions emocionals associades a la vulnerabilitat. El plor no és paraula, és més aviat una acció, un mecanisme fisiològic que respon a estats emocionals, però que també respon a imperatius culturals. Geertz (1973), a la seva obra de referència *La interpretación de las culturas*, posa l'exemple de la picada d'ullet ja clàssic i que hem mencionat anteriorment, a partir d'una situació que descriu Gilbert Ryle, i el fa servir per explicar els procés d'interpretació i la seva complexitat, davant de determinades accions o gestos. L'exemple es basa en la parpella que es tanca, gest que podem comprendre de maneres diverses: des d'un tic nerviós fins a una picada d'ullet, que, com a signe culturalment construït, pot voler dir diferents coses en funció del context. No és el mateix que aquesta picada es faci amb voluntat de comunicar-se amb una altra persona que davant d'un mirall, ens diu l'antropòleg. En el nostre cas, cal interpretar el *no-plor* o el plor contingut en funció del context cultural (masculinitat hegemònica apresa i negació de la vulnerabilitat). És a dir, com una ocultació de determinades emocions -o reaccions fisiològiques a determinats estats emocionals. Però no ens podem quedar aquí. També apareix la verbalització de les ganes plorar, la qual cosa s'assembla més a un exemple d'*hibridació* del model de masculinitat o a una voluntat explícita de trencar amb el model

de masculinitat dur i estoic. Però, per fer-ho encara més difícil, un cop identificades les ganes de plorar, la persona diu que no plorarà davant meu. Tornem, per tant, a un mandat de la masculinitat hegemònica que nega la possibilitat d'expressar emocions, especialment davant de la mirada o presència d'altres homes. Tot plegat, força il·lustratiu d'aquesta masculinitat *mosaic* de la qual parlen Coles (2008) i Waling (2019), aquestes diverses masculinitats en una, la qual obre noves possibilitats i pràctiques possibles, però a la vegada continua condicionant les formes de relacionar-se amb el patiment propi i l'aliè de les persones socialitzades com a homes.

En altres casos, en canvi, la impugnació del model de masculinitat, en aquest sentit, és clara, manifesta i explícita:

> No, a mí no [me afecta], no. Porque yo soy un chico y yo facilidad para hablar de emociones la tengo perfectamente y tú eres otro chico. No tengo problemas. **(Elías, 24 anys)**

Aquest fragment expressa una tensió entre dues idees que dialoguen en el context d'hibridació de la masculinitat -o transaccional entre el model hegemònic i el subaltern (Menéndez, 1984)- que estem intentant descriure. D'una banda, el "model de masculinitat hegemònic no em representa, jo no soc això". Una certa oposició al model per arcaic i per absurd, el qual constata una voluntat transformadora. De l'altra, en un pla més profund en les narratives masculines, hi apareix molt la idea d'"això no m'afecta". Aquesta idea pot tenir molt a veure amb l'ideal d'autosuficiència i de l'home fet a si mateix, però adaptada al context històric i cultural actual. Un *self-made man*, basat en una il·lusió d'independència del context on es mou, on ha crescut, una individualitat que està per sobre dels ideals culturals que el configuren i que té la capacitat de decidir de manera autònoma.

Com anem explicant, durant els anys que ha durat el treball de camp, l'escenari del futbol (entrenaments i partits) ha estat un espai fonamental per analitzar les maneres d'expressió emocional i la relació entre masculinitat i vulnerabilitat. El context del futbol s'articula com a espai tant masculinitzador i reproductor d'una masculinitat nociva, en termes d'estratègies d'afrontament (*coping strategies*) del patiment, com, al mateix temps, privilegiat per exterioritzar i evocar el malestar. Al diari de camp, hi descric de la manera següent algun entrenament concret, que en realitat en podrien ser molts de diferents:

> Final de l'entrenament; l'Elías s'enfada mot perquè perden. Em quedo amb ell i l'Óscar al final. Parlem de què els passa quan perden. Em demanen perdó (especialment l'Elías) i ho reconeixen quasi tot, tot i que intenten tirar pilotes fora. L'Óscar avui no està enfadat perquè ha guanyat el partit, els ho faig veure. Es genera una conversa molt interessant sobre perdre i guanyar. Sobre les emocions dins del camp. Parlem de la frustració, de les emocions amb què arriben i de com les treuen al camp. Senten ràbia. Demanen com a solució que els tregui del camp quan estan així, no hi veuen una altra solució. En alguns moments s'intenten excusar. Apareix el Tomás, vol estar a la conversa, però ell només parla de qüestions tècniques, li dic unes quantes vegades que no estem parlant d'això, però li costa parlar d'emocions i torna a la tècnica. Conversa potent on reconec la responsabilitat que tenen com a persones clau dins del grup i la responsabilitat que tenen respecte al grup. **(Diari de camp 2017-18)**
>
> Avui hi ha un ambient carregat, de molt d'enfadament, de molta ràbia. Comença el Nicolás, després l'Elías, l'Óscar, també el Carlos s'enfada, només crits… Quan el Carlos surt per fer canvi em diu que "no me extraña que Tomás se fuera", em dol. Hi intervenim molt l'Aina i jo. El partit és l'espai on treure la ràbia, on desfogar-se, segurament un dels pocs espais on expressar emocionalitat, encara que sigui des de la ràbia i l'agressivitat. Molt malestar no expressat que surt aquí, però no hi cap tot el malestar i no podem permetre que uns sempre l'expressin i els altres només el pateixin. L'Óscar crida el Carlos quan és ell mateix qui perd la pilota. Si no puc assumir la frustració, nego el que ha passat i busco algun dels nois a qui endossar-la-hi. És el mecanisme que opera aquí, no saben perdre, però el problema no és mai aquest, sempre hi ha algun responsable extern al jo. Faig fora una estona l'Óscar, no vol, s'enfada més, dic que és el que em va demanar. Resignat, s'asseu al final del camp, deixo passar uns minuts, m'hi acosto. Pregunto, però només és capaç de dir que "así no se puede jugar" i de criticar el joc dels altres, manquen eines per veure el que a mi em passa. Jo explico la meva teoria i poso paraules al que crec que està passant. M'escolta, sap que ha de demostrar que ho ha entès i dir que està més tranquil per tornar a jugar, que és el que vol. Torna al camp més tranquil però té a veure amb el fet que comença a marcar gols i a jugar bé, aquí desapareix el malestar. El Luard també està enfadat, ha arribat tard i no vol fer tants canvis, som massa gent, segons ell. Tots tenen algun motiu per enfadar-se. Seguim, jo desitjant que s'acabi sense que allò exploti; per sort, hi ha caràcters molt més tranquils dins del grup. **(Diari de camp 2017-18)**

La negació de determinades emocions és la contrapartida d'una manera legitimada i masculinitzada d'expressar el malestar, però aquesta manera legitimada culturalment sempre va dirigida a *un altre* o *una altra.* Si no hi ha l'altre o el malestar és majúscul, també es pot dirigir a un mateix, és la tríada de la violència de la qual parla Kaufman (1985); cap a les dones, cap a altres homes i cap a un mateix. La cadena simbòlica entre sexe, gènere, identitat, expressió i preferència sexual (i pràctiques sexuals) s'expressa aquí a partir malestar, emoció, ràbia, agressivitat o violència. L'estratègia de masculinització converteix la vulnerabilitat i el malestar en una forma externalitzada de violència, i adapta culturalment la resposta davant del patiment o el malestar. Una estratègia que necessita un context on

desenvolupar-se, i l'escenari futbolístic té tots els elements necessaris per ritualitzar aquest procés. Quan hem parlat *a posteriori* de conflictes o enutjos que s'han produït dins del camp, hi ha una idea que es repeteix i que ja hem comentat a l'inici del capítol; el que passa dins del camp no té a veure o no té efectes sobre el que passa fora, "el que passa dins del camp es queda dins". Sabem, per altres converses i observacions que això no és real, no existeix aquesta impermeabilitat, i el que passa dins té conseqüències fora. Tot i això, en part sí que podem analitzar el dins del camp com un escenari on té lloc un conjunt de rituals masculins, on certes coses -com la ràbia o la competitivitat- poden manifestar-se de manera exaltada i a vegades fins i tot actuada o *performada*. I alguns casos concrets, de nois que mai no he vist enfadats, ni alçant la veu, silenciosos i afables fora del camp, que es transformen quan estan dins del camp i jugant a futbol criden, insulten… Una actitud expressiva que, d'altra banda, imiten de molts contextos masculinitzats (bars, camps esportius…). Realment és la lògica goffmaniana o butleriana de la *performance* teatral la metàfora que hi encaixa millor. Dins del camp es representa un personatge de manera molt exagerada, un personatge que no deixa de ser simplement una masculinitat hiperbòlica. Expressió de malestar, gestió del patiment a través d'una estratègia clara de masculinització. El problema ens el trobem quan aquesta actuació vestida de *performanc*e té conseqüències reals sobre l'estat d'ànim i l'autoestima dels nois que hi participen, que en té i moltes. Recuperem, en aquest sentit, el conflicte que hem explicat a l'inici del capítol, el qual ens pot donar més informació sobre la relació entre dins del camp i fora del camp i entre negació i afectació:

> Abans de marxar hi ha un conflicte entre l'Elías i el Tomás. L'Elías diu que el Tomás no baixa a defensar, davant de tothom; el Tomás se sent atacat, respon amb ràbia, a la defensiva, negant una evidència; la negació com a manera de gestionar el malestar i la crítica. Després d'una quants crits i unes quantes demandes de calma per part meva i de l'Aina, l'Elías va a demanar perdó al Tomás. Abaixa el to, tot és més fàcil, ja està, es pot parlar. De camí al vestuari parlem amb el Tomás, nega tot el que l'Elías diu i segueix a la defensiva, no és que no tingui fons per aguantar, "es que no quiero", és una qüestió de motivació, segons ell, reconèixer la debilitat, la vulnerabilitat, el cansament o que l'altre té raó, això mai […].
>
> Avui quedem abans l'Aina i jo amb el Tomás, l'Elías i l'Óscar per parlar del que ha passat i el conflicte entre ells. El Tomás quasi no parla, el que més parla és l'Elías, després l'Óscar. Parlen des del privilegi des del qual es poden reconèixer certes coses, demanar disculpes, però també exigir. Ens parlen a mi i a l'Aina, no es dirigeixen al Tomás, no el poden mirar; de fet, parlen d'ell en tercera persona, com si no hi fos. El Tomás ja està fora, ja no vol estar aquí, ja està decidit, vol deixar l'equip, com a mínim per demostrar el seu malestar i que se senti ofès. El Tomás escolta i només parla, amb to rígid però insegur, quan li preguntem. Els motius del conflicte són clars, però l'Elías i l'Óscar busquen subterfugis

> per trobar l'equilibri entre reconèixer errors propis i culpar l'altre. L'Elías diu que "el problema es que se ha exagerado"; l'Óscar diu, amb referència a les queixes del Tomás, que "el problema es que lo dijo Tomás por el grupo de WhatsApp". L'Elías parla de la seva història vital com ha fet moltes vegades, de la seva relació amb la ràbia, dels esforços que fa, de les millores i de les coses que ha de millorar, en un moment s'excusa, "por eso estamos en un club social, porque nos cuestan estas cosas". Grans debats em venen al cap, quanta ràbia cap en un grup, qui pot expressar emocions, com cuidar les dues parts. Parlem amb l'Aina després; estem mantenint els privilegis dels antics, els líders, els forts i deixant que marxin els que no aguanten la pressió? Com podem permetre una espontaneïtat que està masculinitzada i que, per tant, és jeràrquica, agressiva, excloent? No tenim clar si avancem o repetim errors. Tres masculinitats ferides amb històries de violència per part dels iguals i d'exclusió però la mateixa lluita per mantenir el poder i la dicotomia entre guanyadors i perdedors. En algun moment de la conversa, quan l'Óscar i l'Elías reconeixen certes coses, valoren el Tomás, intueixo que hi ha una part de reparació, però no hi ha final feliç aquesta vegada. Apareixen idees: parlar més de com estem i parar els entrenaments quan hi ha conflictes i crits (proposa l'Aina, entrenadora), fer-lo fora i així n'aprendrà (referint-se a ell mateix). La lògica del càstig, sempre molt present […]. Quan acabem la conversa, l'Aina parla amb el Tomás i jo amb els altres dos. L'Óscar em recrimina el que vam fer amb l'Octavi fa temps (que vingués als entrenaments i no als partits, afegeix que li molestava perquè era desequilibrant, més bo que ells, però això no ho diu). L'Elías diu que no barregi però al final hi està d'acord i els dos em demanen que el Tomás no vingui més als entrenaments. Ells tenen poder dins del grup i es veuen amb la postestat de decidir qui es queda i qui marxa. És la seva justícia, jo veig una capacitat empàtica totalment danyada, han passat dos minuts de la conversa. M'entristeix.[…]
>
> Exercicis i partit. Abans de començar, el Tomás s'acomiada. Ell demana fer-ho i marxar després, és el que han parlat amb l'Aina. El grup no sap què fer, ambient tens. Dos s'acosten, l'Adrià i el Josep li toquen l'esquena i pregunten a quin equip anirà; ell no respon, "lo que decidan los entrenadores". L'ambient és tens, el Tomás està afectat, tot el grup comença a aplaudir. El Nicolás ni tan sols escolta les paraules del Tomás, malgrat que és part del problema (dels que més ràbia i agressivitat expressa dins del camp), només va a acomiadar-se, abans que el Tomás marxi quan l'Aina li ho diu. Em diuen que ha demanat disculpes de manera protocol·lària en un moment que no he vist. M'acomiado del Tomás, li oferim suport quan en necessiti. Dic al grup que estic afectat, ningú no diu res, sembla que "ha passat un carro", però no. **(Diari de camp, 2017-18)**

Quan l'Elías afirma que "se ha exagerado", ens està parlant en realitat que s'han confós o s'han barrejat l'escenari i la platea. S'han interpretat els crits, la ràbia i l'agressivitat dins del camp amb els paràmetres de fora del camp. Això vol dir que s'ha posat en qüestió l'ordre que estableix com, de quina manera i qui pot expressar l'emoció. Les regles del joc que separaven el que passa dins del rectangle del camp de l'exterior s'han vulnerat i això és converteix en una "exageració". Però el que realment ha passat és que s'ha fet evident o s'ha fet visible la vulnerabilitat que hi ha darrere del "tot bé" masculí, darrere de l'"és

que el futbol és així" i "el que passa al camp es queda al camp". El camp esdevé l'espai públic, l'escenari on les estratègies de masculinització es posen a prova, el que passa fora -converses, reaccions davant del que ha passat- seria l'equivalent a l'espai privat, on resideix la vulnerabilitat masculina. Una distància entre patiment sentit i patiment expressat que s'eixampla en el cas de les persones que encarnen la masculinitat i que té efectes greus sobre la xarxa i les relacions amb els iguals, fonamentals per als processos de recuperació:

> Ara m'ha vingut al cap, clar, la part aquesta de… que potser en les noies sí que apareixen més els conflictes, entre elles, i de vegades *pues* en relació amb les relacions que tenen amb nois de l'hospital de dia, o entre elles, no?, de com també s'han anat formant grupets o parelles d'amigues, potser, amb més conflicte, també entre elles, que de vegades pot ser problemàtic, però que, *bueno*, per altra banda també et permet que hi hagi conflicte sobre la taula i que es puguin treballar, no? Que l'altra versió, l'extrem, a vegades dels nois seria: "no, aquí no passa res, a mi no em passa res, jo no vaig a l'escola, però no és cap problema", no? I ja. I després, molt de patiment darrere, no expressat. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta del CSMIJ, 28.11.2017)**

Un altre dels problemes o de les característiques fonamentals de les *estratègies de masculinització* que estem analitzant és la invisibilitat com a tal, la negació dels efectes i, per tant, l'acceptació implícita. Com diu Seidler (2000: 152), "la respuesta de los hombres al feminismo ha sido la negación de su propia masculinidad", la idea que "jo no soc masclista ni m'assemblo als estereotips de masculinitat", que seria com dir que jo estic per sobre o fora del meu context cultural. I això apuntala la idea de masculinitat hegemònica (en transformació constant) i sobretot l'*aspecte consensual* de l'hegemonia (enfront de l'*aspecte coercitiu*) del qual parlava Gramsci (2002). En aquest cas, el consens és la negació de la relació entre model i pràctiques; "jo faig el que faig perquè vull, no perquè estigui responent a un model". Segons com es miri, l'estratègia es consolida gràcies a la creença que a mi personalment això no m'afecta. És una manera de negació molt comuna en el camp de les masculinitats; "a mi això no em condiciona, jo no em deixo influir per aquests ideals culturals". Aquest mecanisme de negació, a partir sobretot de situar els efectes de les estratègies de masculinització en l'alteritat, es pot fer situant-se un mateix fora d'aquesta influència en general o de manera temporal:

> Si estás mal, da igual ser chico o chica; si tú no quieres hablarlo con nadie, da igual si eres chico o chica… No vas a hablarlo si no quieres. Si te lo van a poner más fácil o no para hablar si eres chico o chica, pues yo creo que no. En un sitio como un hospital de día, al menos, no y, en un instituto, pues…

> no creo. Yo creo que si estás mal y no quieres hablar, pues no vas a hablar. Seas chico o chica tampoco te van a… por si eres chica ya te van tender más el brazo o… No creo que haya grandes diferencias, pero de todo esto tampoco sé que decir, la verdad… **(Elías, 24 anys)**

> Esto es una etapa desde la adolescencia que chulean al principio y hay gente que la adolescencia la lleva a la adultez y son adultos como adolescentes de carácter […], perfiles complicados, porque, claro, son gente dominante, son gente o violenta o competitiva o que vacila de tener novias, y eso es un problema […]. Yo en este momento no [me identifico con este perfil], en el pasado, quizás con 22 años, pero ahora ya… En cuanto a violento no, en cuanto a competitividad y intentando buscar parejas y tal, en esa etapa sí, ahora yo estoy más de relax, no tengo prisa por encontrar pareja, estoy a gusto viviendo solo, pero he de estar ocupado, estar bien, estar activo y en eso estoy. **(Tomás, 33 anys)**

> No, a mí no me… O sea, no… Es que a la opinión de los demás yo es que no le tomo importancia, o sea, a mí me da igual lo que opinen los demás, pero vale mi criterio más que lo que piensen los demás. La diferencia que las mujeres también, por eso, se ve también que, como que hay de todo, como en todo, ¿no? Que, por ejemplo, les afecta más que a los hombres yo diría […]. Sí, yo creo que sí, por su debilidad, sus sentimientos, como que son más frágiles, o sea, les afecta más, yo creo […]. Yo creo que somos más fuertes, digo yo, aunque debe de haber chicos que les afecte mucho, o sea, hombres. **(Nicolás, 26 anys)**

Altres sí que reconeixen el patró cultural i s'hi ubiquen dins: "Sí, que somos sensibles, pero como que no lo demostramos nunca, la verdad […]. Para parecer más machos, ¿no?" (Néstor, 25 anys).

#### 7.2.3.3 "Combatre" el patiment: recuperació *masculinitzada*

*El miedo se desvanece cuando se da un paso hacia ellos*

> Estoy casado y tengo una hija de diecisiete años. También tengo un problema de salud mental, pero eso no me define como persona. Recorrer la vida con un problema de salud mental me ha hecho sentir solo e incomprendido en varias ocasiones.
>
> Al pensar en mí, me imaginaba una crisálida frágil, encerrada en su pequeño mundo. Pero un día, sin saber por qué, esta crisálida empezó a romper el capullo para descubrir un mundo brillante. Esta soledad también me ha dado algo fundamental: una fortaleza imparable. Y es que, si algo he aprendido durante estos años, es que la vida refleja nuestros propios miedos y, cuando los superes, todo se ve con mucha más claridad.
>
> Por eso di el paso de ser activista en la lucha contra la discriminación en salud mental, porque fue una ventana que buscaba para convertirme en la mariposa que una vez soñé ser. Y cada día, cada

reto al que me enfrento, estoy un paso más cerca.
Y es que los miedos solo son eso: miedos que nuestra mente crea para que podamos aprender a vencerlos. De nosotros depende caminar hacia ellos, o rendirnos frente a ellos.

**Àngel, 52 anys.** *Estigma. Historias de vida contra el estigma en salud mental* (2018)

L'estratègia de masculinització a la qual ens referim també la podem identificar clarament com a productora de respostes *generitzades* davant del patiment subjectiu (estratègies d'afrontament o *coping strategies*). La manera d'afrontar el patiment o conviure-hi si ets home està condicionada, per tant, per aquesta estratègia. Tornem al cas del Narcís, el noi que va deixar de venir a l'activitat de manera sobtada, tot i el vincle que mantenia amb el grup. Analitzem el fragment del treball de camp on s'explica una conversa grupal sobre ell i sobre com acompanyar-lo, però sense la seva presència, ja que ha deixat de venir a l'activitat de futbol:

> Hi ha una preocupació grupal que fa que el tema [Narcís] surti sovint. Tenen ganes de cuidar-lo i que pugui tornar, parlem de com fer-ho. D'una banda, el volen acompanyar, però també apareix la idea que ja s'ha fet suficient, que se li ha de donar espai, que ell ja sap on som, s'ha de respectar el seu espai i les seves decisions. Apareix una idea de fons que és la que es relaciona amb el fet que aquestes coses les has de superar sol, has de ser tu sol el que surtis d'això, malgrat que tenir gent a prop hi ajuda i malgrat que molts dels nois del grup han experimentat aquesta soledat, la idea continua present; ningú no et pot treure d'allà. *Els nois no demanem ajuda; n'oferim, però si l'altre ens diu que no cal, ens apartem*. Perquè això ens tranquil·litza i hem après a gestionar l'aflicció en soledat. **(Diari de camp 2016-17)**

Durant els mesos que el Narcís deixa de venir a l'activitat, el grup es mostra preocupat pel seu aïllament, perquè pateix, perquè no surt de casa. El tema ocupa un espai important dels contextos perifèrics (fora del camp). El grup cuida i es preocupa, vol ajudar, especialment les persones més properes. Però acompanyar el patiment no és espontani, sinó que s'entrelliga amb aquesta idea d'autosuficiència masculina on és un mateix el que s'ha d'enfrontar al patiment. Molts dels nois que parlen han viscut temporades d'aïllament llargues on normalment només apareix la família com un element de suport ambivalent. Aquesta vivència negativa de l'aïllament no comporta un qüestionament del model, més aviat una cristal·lització en forma de deixar espai, en forma d'una idea d'*empowerment* individualitzada i occidental. L'*home fet a si mateix* també s'aplica a l'home curat o salvat a si mateix i encaixa amb la positivització del món que descriu Han (2012), a partir de la qual

apareixen noves formes de violència, saturadores, no privatives i exhaustives, no exclusives. I, en definitiva, molt més difícils de percebre. En aquest marc hi encaixa l'exemple que hem posat al capítol 2 de l'esportista que tornava al camp tot i estar lesionat per salvar el seu equip i augmentar el seu carisma. Com hem vist en el relat amb què hem començat, l'esport i la lluita situen el món simbòlic de la masculinitat i tenen en comú aquest *poder més*. Això fa que apareguin en moltes de les narratives de la recuperació masculina metàfores en relació amb la guerra i l'esport per explicar la recuperació després d'una crisi o d'una situació de patiment sever, i se situa l'esforç individual i l'autosuperació al centre del discurs:

> Claro, antes… no me encontraba seguro, pero ahora sí que me encuentro seguro. Pienso que tengo… no te voy a decir el 98, te voy a decir el 100 por 100 que me encuentro seguro conmigo mismo […]. Por ejemplo, un futbolista, para estar seguro y sobre todo organizado y atento en el campo, no lo hace el primer día de un partido. Tiene que jugar muchos partidos, entrenar, verse a sí mismo, y con el tiempo va creciendo su personalidad en el fútbol. **(Iñigo, 26 anys)**

> A mesura que et vas fent gran et vas "recomposant" tu les neurones, vas auto… És com el gimnàs, el cervell, el cos, *pues* en el cervell; vas al gimnàs, *pues* aixeques 10 quilos, però quan portis 15 dies aixecaràs 20 o 30. Pues lo mateix amb la salut mental […]. Una maduresa que et dona el poder per fer, per al dia a dia no estar tant pendent de la meva malaltia. Combatre la malaltia, a mesura que et vas fent gran, treus noves eines, et vas esforçant més. **(Toni, 27 anys)**

La recuperació és com un entrenament, com jugar a futbol o anar al gimnàs. Una qüestió de pràctica i voluntat personal. D'això depèn l'èxit, només de tu i de la teva autodisciplina. Si no ho aconsegueixes, et quedes fora, fracasses, i serà la teva responsabilitat; massa dèbil. Sabem, després de molts anys al camp, que els processos de recuperació són discontinus, cíclics i que la dicotomia entre fracàs i èxit no pot copsar la realitat d'itineraris molt més complexos; tot i això, la masculinització de la recuperació produeix un ideal en soledat i capaç de superar les adversitats per si mateix. Aquí, i establint vincles entre les diferents estratègies de masculinització, el cos i l'esport simbolitzen i alhora són territoris on escenificar aquesta recuperació individual. En una de les entrevistes, el Tomás parla molt de la violència rebuda per part d'un familiar i per part dels "iguals" a l'institut. Explica que aquesta violència la va rebre pel fet de no poder-se defensar i decideix, fa anys, apuntar-se a arts marcials per realitzar una transformació física i mental. Les arts marcials, en aquest cas, són una activitat que forma part de la seva recuperació; masculinitzar el cos (fer-lo dur, amb capacitat de defensa i atac) és la seva *coping strategy* i la de molts altres nois. I, encara que això no aparegui en el terreny real, apareix en el terreny simbòlic; "combatre la malaltia" i la

constància de l'esport (el futbol) al qual fan referència els dos informants. Et vas fent "més fort" a mesura que et fas gran i aquesta és la manera de sortir del pou. La força en aquest sentit va més enllà del físic, té a veure amb la fortalesa mental, i això depèn de tu i l'esforç que facis per aconseguir-ho:

> Et vas fent gran i vas madurant, i, si ets autocrític, ja t'ho he dit, jo tinc un problema per a tota la vida, és possible; però, clar, tu vas convivint amb el problema i jo crec que a mesura que et fas gran el vas combatent cada vegada més, vas… el tens, tens els teus problemes però et vas fent més fort perquè el vas combatent a mesura que et fas gran, és un símptoma de maduresa […]; cadascú té els seus problemes, però segons la meva part és un esforç mental, és un esforç contra tu mateix […]. El metge et diu: "Et donem medicació, però tu també has de fer l'esforç per canviar, *vale*?" *Pues* jo, encara que prengui menys medicació, el que em fa millorar la meva malaltia és que, a mesura que em faig més gran, em vaig fent més fort, em vaig *autoreflexionant* més. **(Toni, 27 anys)**

> Bueno, me considero una persona que supera las barreras, viendo un poco todo lo que he vivido hasta hoy […]. Yo creo que mi mente es lo que me ha hecho estar mejor, o sea, porque llega un punto que tú mismo dices "hasta aquí". Porque sabes que si no miras hacia arriba, hacia abajo es un pozo, de ti depende si te quieres meter en el pozo o quieres salir del pozo. **(Óscar, 24 anys)**

En aquest cas, l'estratègia de masculinització aporta un patró per conviure i respondre al patiment subjectiu, una proposta idiosincràtica per entomar els processos de salut / malaltia (patiment) / cures. Alhora, aquesta estratègia restringeix clarament les opcions de fer servir altres mecanismes més avesats a la cooperació, el suport mutu i la demanda d'ajuda. La masculinitat hegemònica preveu tant una manera d'emmalaltir i de patir com una manera de superar-ho i recuperar-se. Un model masculí, basat en el *do it yourself* i la minimització o negació de la vulnerabilitat, que fa servir l'esport, la lluita i la fortalesa com a dimensions simbòliques i materials a partir de les quals afrontar el patiment psíquic i emocional. Aquesta anàlisi no només ens serveix per entendre-ho, sinó que també ens hauria de servir per generar maneres d'acompanyament i cures que tinguin en compte aquestes formes de recuperació *generitzades*:

> Sí, *bueno*, clar, amb els nois, per dir-ho així, és difícil… Els nois que arriben que tenen problemes greus tenen bastant danyat el nivell de relacions, no?. Llavors, per superar-ho, s'ha d'incidir més en aquest tema dels vincles, de poder facilitar que estableixin relacions, a través de l'esport més d'una vegada, no? O a través d'alguna activitat que ells ja venien de la infància que *a lo millor* ja els agradava la música. En aquest sentit, a mi em sembla que és important. *Bueno*, avui en dia també s'està parlant molt de l'acompanyament terapèutic, posar una persona que ajudi a anar als jocs, a vèncer la por o la fòbia a sortir de casa, no? I, en aquest sentit, em sembla que les dificultats són més grans a nivell de

> nois; a nivell de noies sí que hi han dificultats, però potser ho situaria més en una esfera més personal i profunda, no? Més… no dic que en els nois no n'hi hagi, però treballar l'autoestima, entendre per què ha passat això, però no acaben de desconnectar *a lo millor* de certes amigues i es fa com més fàcil al no perdre la relació. A no ser que el trastorn sigui molt greu. Perquè a vegades, sigui noi o noia, hi ha el que està totalment desconnectat, no? Però, per exemple, l'addicció als jocs o a Internet acostuma a ser utilitzada com a mecanisme de defensa d'un patiment greu més a nivell de nois. **(Marc, doctor en psicologia i psicoanalista, 03.04.2017)**

Això inclou entendre com opera la masculinitat en situacions de patiment mental intens ("tenen bastant danyat el nivell de relacions") i com cal donar-hi resposta tenint en compte aquesta anàlisi, és a dir, posant al centre la reconstrucció d'una certa xarxa que permeti el sosteniment i les cures de la persona socialitzada en masculí.

### 7.2.4 Autonomia econòmica i treball productiu

> Estem en una societat de consum, les demandes a tots nosaltres, a tots els subjectes, són molt potents, molt potents, i això en el cas d'una fragilitat personal és encara més devastador, no? I això ho sabem; si hi havia una persona que tingués una psicosi, podia quedar molt ben integrada en *lo* social, en el poble, en el seu entorn, en *lo* familiar, això que he fet és una crisi, però després podia tornar a casa, o sigui… I… I avui dia és més difícil perquè si no et pots integrar al món laboral és com que llavòrens no vals per a res. I és complicat. Jo crec que avui dia l'estigma, per a mi, avui en dia vindria més aquí, la qüestió és si ets productiu o no ets productiu. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

La *societat del rendiment*, segons Han (2012), crea *subjectes del rendiment* i es diferencia dels models anteriors per pensar-se en positiu. Segons l'autor, l'esquema de les societats disciplinàries (Foucault, 2012) o de control (Deleuze, 2012), caracteritzades per l'obligació, la prohibició i el *no-poder* han quedat obsoletes. Aquesta teoria explica que el poder de les grans institucions disciplinàries (psiquiàtrics, presons…) per discernir entre normalitat i anormalitat ha perdut centralitat i tot plegat ha estat substituït per altres dispositius (com la medicina o la ciència) i sobretot per una idea en positiu, el rendiment, i per un verb, *poder*. Com diu la primera narrativa que obre aquest apartat, l'element que determina la teva posició social és la teva productivitat en termes economicistes, i amb això no podem estar-hi més d'acord. Malgrat que pensem que aquesta idea d'esquemes o adjectius metafòrics o conceptuals ("disciplinàries", "control", "del rendiment") que se succeeixen deixant enrere l'anterior tendeix a la simplificació[100], i advoquem més aviat per un debat complex sobre

[100]Val a dir, en aquesta sentit, que Han (2012, p.26) també defensa aquest solapament entre la disciplina i el rendiment: "El sujeto de rendimiento sigue disciplinado. Ya ha pasado por la fase disciplinaria".

les maneres d'articulació i solapament entre elles, i des del nostre punt de vista conviuen les tres dimensions en una societat com la nostra, sí que estem d'acord que el fet de *poder* -sense límits- és actualment central en una societat pensada per a la maximització dels beneficis privats. Una maximització que es trasllada també al camp de la salut, que és el que ens ocupa. Com diu Rose (2012), les democràcies liberals avançades entranyen una ètica de la ciutadania activa que passa per una maximització de l'estil de vida, el potencial, la salut i la qualitat de vida quasi obligatòria. Aquest *poder sense límits* passa, per tant, per damunt de la salut i el cos per imbricar-se en una forma de ciutadania basada en la relació amb la capacitat de produir/consumir individual.

Com hem anat argumentant fins aquí, aquest *poder poder més* és especialment central en termes de rol masculí, en un context on continua vigent la divisió *genèrica* del treball (món productiu – espai públic – masculinitat i món reproductiu – espai privat – feminitat). Malgrat que estem analitzant les transaccions entre masculinitat hegemònica i subalterna *o marginalitzada* (en aquest cas, un home sense feina, o jubilat, representa la masculinitat subordinada), la idea de *bread winner* i de l'home proveïdor continua estant present en l'imaginari *generitzat* del treball actual. Això fa que, mentre s'han produït canvis substancials en la relació entre el món productiu i les dones, el canvi en termes d'incorporació de l'home al món reproductiu continua essent molt menor. Com diu Hearn (2018), és aquesta segona part la que manca en la modificació de l'*ordre de gènere*. Per entendre aquest immobilisme o transformació insuficient pel que fa a les *care polítics* i a les *polítics of care* -centrades quasi exclusivament en l'àmbit de les paternitats[101]-, cal recórrer a la pèrdua de privilegis que suposa la dedicació a les tasques reproductives. Això explica per què estudis com l'*Images*[102] (Barker, Contreras, Heilman, Singh, Verma i Nascimento, 2011) troben una alta proporció d'homes amb una opinió positiva davant de l'equitat de gènere però que no es tradueix en transformacions pel que fa a les pràctiques de cura. I és que quedar fora de la masculinitat productiva i rendible és un element que té efectes en termes materials i econòmics, però també en termes simbòlics i d'encaix en el model de masculinitat:

[101]Fins i tot, alguns moviments o associacions d'homes que han defensat canvis en aquest sentit han utilitzat la paternitat com a pretext per a la defensa de l'antifeminisme (Hearn, 2018).
[102]International Men and Gender Equality Survey.

> La intervenció aquesta que et diuen moltes vegades de "bueno, yo, lo que me dice mi padre es que ahí qué me van a decir, que me busque un trabajo y que me deje de chorradas", aquesta és normalment la frase que molts dels fills et diuen, no? I alguns d'ells que diuen "no, però és que a mi em va bé", o "¿qué te van a decir que no te diga tu padre o tu madre?". Aleshores és com que l'home és molt més pragmàtic, no? I és com que només a base de portar un sou a casa i molt ser treballador i tal, i així se te'n van les *tonteries* i ja està. Això crec que et fa molt i està molt *arraigat* encara en el districte [nivell socioeconòmic baix]. A l'hora de demanar ajuda potser les dones i "para que se desahoguen y son sensibles, ya sabemos que lloran", tot això molt bé, però *los hombres* no, no. Els homes… tu a treballar, que tu has de portar el jornal a casa. I això crec que es nota molt, pel que et diuen els mateixos joves que són els fills d'aquests homes. **(Dani, psicòleg del CSMA, 01.03.2018)**

Per tant, tot i que en les darreres dècades s'ha produït aquesta *hibridació* del model masculí hegemònic -especialment en alguns contextos- en termes també de model familiar, patern i de repartició de les tasques reproductives[103] (Abril, 2013), a Espanya continua havent-hi desigualtats importants en la repartició del treball reproductiu (Meil, 1997; Torns, Miguélez, Borràs i Moreno, 2006; Marí-Klose, Gómez-Granell, Brullet i Escapa, 2008; González i Jurado-Guerrero, 2009) i la divisió *genèrica* del treball. Es calcula[104] que de mitjana les dones a Espanya dediquen 2,2 hores més al dia que els homes a les tasques reproductives no remunerades. D'altra banda, per això, més enllà d'aquestes *transaccions*, que tenen a veure amb una elecció individual (condicionada, però una elecció en definitiva) per part dels homes en relació amb les pràctiques, els models i la implicació en l'àmbit reproductiu, podem parlar d'un gruix de la població masculina important que s'ha quedat fora del model productiu, no per decisió pròpia o per un canvi de patró cultural, sinó com a conseqüència d'un sistema econòmic i un mercat laboral centrífug. Combina un missatge positiu -en relació amb el *poder* (emprenedoria, integració laboral…)- amb l'expulsió premeditada -sabem que un percentatge de la població no pot tenir feina remunerada en el mercat laboral actual- i una realitat excloent. Aquest canvi forçat o desplaçament genera, per tant, moviments quant al rol masculí. En aquest apartat, ens volem centrar en el treball productiu i l'autonomia econòmica com a *estratègia de masculinització* central, sobretot

[103]En l'àmbit mundial, es calcula que durant els últims 15 anys s'ha produït un augment només de 7 minuts al dia pel que fa a la dedicació dels homes a les cures i a les tasques reproductives no remunerades, la qual cosa és molt lluny d'una repartició equitativa (es necessitarien 202 anys per arribar a l'equitat si continuem al mateix ritme). Si es comptabilitzessin les hores de més que dediquen les dones a aquestes tasques en salari mínim/hora, podríem estar parlant d'entre un 9% i un 11% del producte interior brut (PIB) global (Promundo, 2019).

[104]Organisation for Economic Co-Operation and Development (2019). The OECD Social Institutions and Gender Index.

en l'etapa adulta, però que comença a emergir durant la joventut. I en les conseqüències que provoca quedar-se fora del model masculí-productiu per culpa del patiment psíquic o l'itinerari psiquiàtric *exclusogen*, en un context com l'estudiat. Per començar, entrar en el món laboral és un anhel majoritari -una realitat minoritària- per als nois amb patiment mental:

> Bueno, a nivel de ocio, pues me imagino soportando a los de fútbol; laboralmente, pues bueno, poco a poco espero ir encontrando mi sitio y encontrar un trabajo que me pueda aportar estabilidad económica, y a nivel familiar, pues bueno, tampoco estoy en un buen momento familiar, así que… **(Óscar, 25 anys)**

> Busco algo más ahora mismo en mi vida, un trabajo, una novia, que mi madre me deje un poco tranquilo también. **(Néstor, 25 anys)**

Un desig que té a veure amb l'autonomia, amb el rol masculí proveïdor, però sobretot amb l'imaginari de la integració, la normalitat i formar part de la societat. En una investigació anterior, un dels informants homes, però de més edat, ho explicava així:

> Jo en aquest moment de la meva vida estic aquí. A voler tornar l'amor que m'han donat. Que finalment m'han donat amor, doncs jo també estic disposat a participar a les regles del joc. El que passa és que, el problema, quan en el cas de treballar i estudiar… quan vaig voler fer… he estudiat història, tu ja ho saps… No m'acaba, o sigui, la vida normativa, això li passa a tothom perquè tothom pateix, però… no em convenç. Però, clar, que no em convenci no vol dir que no hagi de fer-ho […]. [No em convenç] la competitivitat, o sigui, aquí [al Club] som una colla d'amics, però en els estudis o en el treball els adults es comporten com a rivals entre ells, marquen el seu territori i competeixen entre ells. És una relació de domini. Jo, per la fase de l'aprenentatge social no treballo bé, no *manejo bien* les situacions de domini o de submissió. O d'autoritat. Aquestes relacions de verticalitat. Aleshores no acabo d'entendre per què la gent, els normatius, es comporten com es comporten. En canvi, aquí estic amb la gent que pensa com jo. Però, clar, també em sembla injust des del punt de vista dels contribuents, perquè això ho paga algú. Jo tinc una nevera i allà està plena de coses. Però jo no en produeixo com de les que hi ha allà, aleshores una mica… I això ho dic i va en contra meu, però és com dir: si vols fer vida de milionari, fes-la. No sé si entens el que vull dir. No em sembla honrat. **(Àlex, 2012)**

Recuperem aquest fragment per la seva capacitat de significar i il·lustrar el que volem plantejar en aquest apartat. Aquesta narrativa expressa una subjectivitat basada en el deute acumulat i el treball com a manera de contribuir, de participar i de produir *el que toca*, i el que no ha fet, segons ell, fins aleshores. Però el món productiu -el món del treball

remunerat- apareix també com un lloc hostil, competitiu, poc adaptat a les circumstàncies associades al patiment mental i l'exclusió viscuda durant anys. Els *normatius*, aquests éssers que analitza des de fora amb certa ironia i com si els mirés des de fora d'una vitrina, són clarament els que produeixen i rendeixen. En termes de masculinitat i d'inclusió-exclusió, i sobretot en l'àmbit material, la feina té moltes implicacions que no podem menystenir, però en l'àmbit simbòlic és un entorn que es desitja tant com es rebutja. D'alguna manera, el treball productiu representa aquesta *(in)habitabilitat* del model hegemònic. Aquí la joventut permet maneres de resistència -més o menys conscients- o respostes a l'exclusió del mercat de treball que fan més tolerable -respecte al món adult- l'exclusió del mercat de treball. Identitats socials transitòries com els *ni-ni*, una categoria social relativament nova i amb una forta càrrega estigmatitzant -construïda com a *alteritat generacional i de classe* (Assusa, 2019)-, però que al mateix temps posa nom i dona un lloc social a un grup de la població jove que queda fora del mercat de treball i del sistema escolar:

> Yo creo que está mucho más normalizado el no hacer nada en los jóvenes, los *ni-ni*, que no hacer nada y que se juntan grupos, y están en el parque o se juntan en el bar o… que en los adultos, que, claro, que tienen que trabajar por una cuestión económica también, pero en los chicos me parece que está como más normalizado no hacer nada, es una de las cosas que nosotros trabajamos mucho con ellos […] Pero yo lo veo como que muchos no… lo toman como normal, que no van a la escuela, que dejaron de estudiar, y no… Quieren ganar dinero pero… Aquí lo vemos mucho, esto, no lo digo despectivamente, pero que es la idea de querer ganar dinero pero no esforzarse en exceso, ¿no? Porque les cuesta sostener cuando los derivamos a centros como Impulsa, que los ayudan a… Hay programas de *prelaboral* y hacer currículum, hay cursos de formación, pero todo lo que implica de esfuerzo hasta llegar a colocarse laboralmente y ganar dinero les cuesta mucho aceptar. **(Marisa, psiquiatra del CSMA, 01.03.2018)**

En els *ni-nis* hi cristal·litzen certes desigualtats socials (econòmiques, de gènere, per ètnia, per salut) en el moment de la joventut. Tot i que l'atur afecta més les dones joves (15-24 anys) a Europa (Injuve, 2011), l'estereotip del *ni-ni* dropo està masculinitzat (invisibilitzant la *ni-ni* dona), i això fa que sovint des del món adult (i professionals *psi*, en aquest cas) es relacioni la manca de feina i estudis dels nois que transiten per la xarxa de salut mental amb la manca d'esforç; ganes de treballar, però poca implicació, en definitiva. Caldria veure aquesta manca de ganes d'on prové; la nostra hipòtesi és que moltes vegades té a veure amb la contradicció entre una espècie de *pulsió* de normalitat i el formar part, d'una banda, i la dificultat de sostenir determinades rutines, esforços, inseguretats o exigències d'un món laboral competitiu i poc adaptat a la diversitat, de l'altra. Però aquesta contradicció no es

pot entendre sense analitzar el circuit de treball protegit o d'inserció laboral per a persones amb un diagnòstic o trastorn psiquiàtric. Caldria estudiar -objectiu que s'escapa dels propòsits d'aquesta recerca- la proporció entre persones que busquen feina i els llocs de feina disponibles, per entendre la presència en algunes narratives -molt recurrents durant el treball de camp- que descriuen de manera negativa el circuit de treball "protegit", el qual, en general, es percep com a disfuncional:

> Sí, en Impulsa[105] nos preparaban, sí, para el mundo laboral, hacíamos muchos talleres. No [me sirvió], la verdad es que yo lo veía bastante pérdida de tiempo. Yo estuve 6 meses y no logré nada […]. Había talleres que estaban bien, pero bueno, no le encontraba mucho sentido. **(Óscar, 25 anys)**

> Bueno, en un principio, llegué para aprender a moverme laboralmente en tipos de… esa ayuda que ofrecen para buscar trabajo mediante CET y, bueno, allí es cuando poco a poco de buscar trabajo no había manera de encontrar trabajo, hacía entrevistas pero que no las pasaba… Y al final pues me dediqué más a actividades deportivas de los centros sociales […]. A ver, a nivel de prelaboral, bastante mal porque veo que hay muy poca oferta de trabajo, hay mucha demanda de mucha gente que está buscando continuamente y hace… se forma continuamente, es normal, es como lo sociolaboral de la gente que no tiene dificultades mentales. Pues, claro, yo entiendo que está difícil, pero es que no hay bastante oferta para este tipo de gente tampoco; entonces, estuve tres años, y en tres años y 4 o 5 ofertas de trabajo! (**Tomás, 33 anys)**

Alguns dels informants tenen molt clar que, si l'objectiu del circuit és trobar feina o la inserció laboral, el circuit no funciona. Una idea que, més o menys conscient, és present en la noció de *prelaboral*. Una situació o part del circuit (cursos *prelaboral*s) que durant el treball de camp, i parlant amb molts dels nois, es perllonga en el temps, s'estabilitza i, per tant, perd la raó de ser o, en tot cas, deixa de ser un estadi moratori o previ a l'entrada al món productiu per convertir-se en un lloc on estar-hi de manera estable i perllongada en el temps. Aquesta situació genera malestar en alguns casos i es llegeix com una pèrdua de temps. En altres, es transforma en un espai a partir del qual ocupar el temps, conèixer gent i sentir-se útil. No rendible ni remunerat, però sí actiu en termes de *fer alguna cosa*. Durant el treball de camp, es va organitzar una xerrada-reunió amb una professional que treballava en un organisme públic d'inserció laboral, un projecte especialment dirigit a joves amb un diagnòstic psiquiàtric o que formessin part del circuit de salut mental. La resposta em va sorprendre inicialment:

[105]Nom fictici.

> Avui reprenem activitat després de tres dimecres sense. Hem decidit anul·lar l'activitat de "BCN inserció" pel poc interès que ha generat. La resposta de molts joves ha estat "a mí no me interesa", "estoy cansado de ir a charlas de estas" (Aitor), "yo ya estoy en Impulsa", etc. O persones que no volen buscar feina. Joves que no es veuen capaços de treballar, persones fartes de fer cursos de *prelaboral* sense poder abandonar mai el *pre*, mandres, inseguretats i pocs ànims. Però sobretot sembla que no és la seva necessitat, és més la nostra (professionals) i cal preguntar-se per què. (**Diari de camp, 2017-18)**

Per tant, les poques possibilitats d'entrar en el mercat laboral, la inseguretat, el malestar -que dificulta sostenir els horaris, determinades tasques…-, fan que moltes vegades l'exclusió del mercat esdevingui autoexclusió. De tota manera, en l'activitat del futbol, per exemple, quan alguns dels nois apareixen amb feina i han de començar a faltar als entrenaments i als partits perquè els horaris laborals els ho impedeixen, obtenen un benefici en termes de capital simbòlic, se situen en un estadi superior i són admirats per això; és el que Bonino (2000) anomena la *creença matriu de l'"autosuficiència prestigiosa"*:

> Quan estem a punt de marxar, el Toni truca a l'Ivan i diu que l'esperem. Arriba el Toni, arriba content, molt diferent d'altres vegades, ve amb la granota de treball, content de poder mostrar-la, amb el que això implica. Treballa des de fa dues setmanes i té ganes de compartir-ho, la vestimenta mostra un desig de fer-ho visible. Es converteix en el centre, tots escoltem mentre ell ens explica què fa, els horaris, que cobrarà en breu… Ens explica enèrgic què fa, que cansat que és, la relació amb els companys… Està encantat de poder-ho compartir. **(Diari de camp, 2016-17)**

> Avui arriba l'Iñigo, des de fa unes setmanes ha trobat feina i està molt context de poder-ho explicar. Diu, primer de tot, que vol deixar de venir a ràdio durant uns mesos, que necessita parar i tornar a l'octubre, o al setembre, amb noves idees. Connecta aquesta idea amb propostes de coses que podríem fer a la ràdio; aquesta segona part és la més seductora. Però, tot seguit, va deixant caure en el seu discurs que no li agrada el que hem fet, critica els diferents programes que hem gravat i el que hem anat generant grupalment. Preguntem a què es refereix, però és incapaç de dir coses concretes […]. Aquesta actitud de crítica cap al grup em sona, és aquesta d'"ei, que jo ja estic en un altre estadi, jo ja he superat l'estadi del Club, l'estadi dels estigmatitzats, jo ara tinc feina i el que feu aquí és una merda però, si em necessiteu molt, digueu-m'ho". Negació, prepotència i masculinitat performativa. Per ser home cal mirar de dalt a baix, negar la dependència i valorar o fer visible l'autosuficiència; "ja no us necessito". (**Diari de camp, 2017-18)**

> Abans de començar l'entrenament, parlo amb l'Óscar, està feliç, ara ve poc perquè ha trobat feina. Quan em veu ve corrents a explicar-m'ho, se li escapa el riure de felicitat, m'explica el que fa, els horaris… Està molt content i jo per ell. Quin procés que ha fet des que va començar a venir al Club… **(Diari de camp, 2017-18)**

Tenir feina i fer-ho públic o visible és una estratègia de masculinització i, per tant, de normalització, entesa com a element que aporta estatus dins del grup i que, per tant, serveix per situar-se per damunt o fora del col·lectiu estigmatitzat. De manera més o menys subtil, és important fer evident, davant del grup, que ara ja no es disposa de tot el temps, que ara les coses han canviat, que ara ja es treballa i, per tant, s'ha passat a una altra categoria: *home, treballador i adult*, i s'ha abandonat, ni que sigui de manera temporal, la categoria, de *jove, noi i exclòs*. En una de les entrevistes realitzades, l'Ivan (24 anys), abans de començar i sense la gravadora, m'explica el seu dia a dia. Té parella, condueix, va al psicòleg i fa alguna activitat més (un *prelaboral* de dos matins i el futbol). No treballa, *ni* estudia, *ni* manifesta gaires ganes de fer-ho; va deixar els estudis fa temps i no sembla que busqui feina activament. Tot i això, l'Ivan té molt clara la importància, en termes de *social image*, de treballar i estudiar, com a persona i segurament com a home. Tant és així que m'explica que davant de la família extensa, quan es veuen per dinar o sopar, explica que treballa i estudia, d'aquesta manera el deixen tranquil. Ha construït un relat normatiu i fictici per a la família. Aparentment no manifesta angoixa davant d'aquesta distància entre realitat i discurs, més aviat ho viu com una sortida necessària davant del model hegemònic i la pressió social, una espècie d'estratègia de supervivència.

Dues conseqüències més del treball productiu, com a *estratègia masculinitzadora*, en un context centrat en el rendiment productiu, són, d'una banda, la sensació de fracàs quan no es pot sostenir el ritme que demana la feina, un cop s'ha trobat feina, i, de l'altra, haver d'acceptar -per poder formar part del mercat de treball- condicions de precarietat extrema, molt comunes en els centres especials de treball (CET) o entorns de "treball protegit", una categoria *emic* no exempta de contradiccions. Per posar un exemple concret de la primera conseqüència, de vegades pot fer-se incompatible el patiment propi o el nivell de consum de drogues (alcohol, principalment), per exemple, amb el ritme i els horaris laborals:

> Abans de l'entrevista, explica primer problemes amb el consum, per això el van fer fora, perquè es veu que un dia va anar a consumir, a beure, a mig matí i quan va tornar algú el va veure o li van olorar l'alè i el van descobrir. Però, d'altra banda, es contradiu i diu que ell va marxar perquè va voler, perquè li costava molt sostenir el ritme, de 8 h a 17 h cada dia. Això feia que quan sortia de la feina havia de consumir tot allò que no havia consumit durant el dia […], això feia que s'aixequés cada dia de ressaca i anava a treballar. Durant tres mesos així. Parla de la incompatibilitat entre el món laboral i el que ell anomena "diversitat funcional". **(Diari de camp, entrevista al Toni, 27 anys)**

Durant l'entrevista del Toni, apareix també la indignació i la crítica a la contradicció entre discapacitat administrativa (certificada) i pressió social per ser rendible, per treballar. El proper fragment incideix en la funció social de l'etiqueta de discapacitat, la qual, en part, té a veure amb el fet de dividir entre les persones que poden i han de treballar i les que no poden fer-ho i, per tant, són potencials beneficiàries d'ajudes:

> Com és possible que persones amb discapacitat *tinguin que* treballar i no tindre ajudes de l'Estat per la seva diversitat funcional? *Vale*, perquè em sembla una gamberrada […]. A veure, jo tinc un 66 de discapacitat, *vale*, sí, *lo* que parlàvem de la meva família, que som de classe treballadora, però se'm demana diners […]. Tens una discapacitat però et fem treballar […]. El que *tindria que* tindre és prestacions socials de l'Estat que em garanteixin que amb una *enfermetat* mental pugui viure, ja després que treballi o no… […]. A mi l'Estat, m'ha diagnosticat un 66 per cent de discapacitat, és una *macarrada* estatal que em vulgui fer treballar, que volen explotar-me. I, a part, vaig estar a una empresa que no… de disc… diversitat que no sé ni si tenien sindicat, no sé si tenien ni sindicat. Pròpiament pensant per mi mateix, que ens facin treballar, després que l'Estat… després de quatre ingressos, m'han ingressat quatre vegades, m'han donat 6 pastilles, 7, 8 al dia, cada dia, un tractament psicològic, que jo estic fotut […], jo estic malalt per no treballar amb horaris laborals formals, com qualsevol individu normal; em sembla una *macarrada* que gent que pateix de trastorns mentals, com jo, els fiquin a currar, *vale*, tothom ha de treballar perquè és la realització personal *lo* que proporciona el treball… això ho va dir algú… **(Toni, 28 anys)**

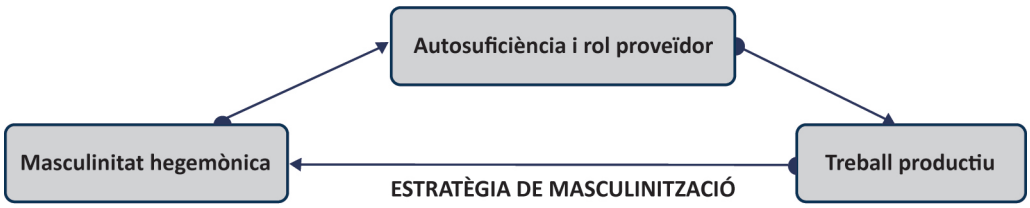
En segon lloc, altres homes amb trastorn es veuen obligats a acceptar condicions de treball precàries, fins i tot més que les condicions del mercat de treball "no protegit". És el cas de l'Adrià, el qual, durant el treball de camp, comença a parlar del tema arran d'un conflicte laboral que es dona on treballa:

> L'Adrià fa molt de temps que treballa en una bugaderia, en una empresa de treball protegit. Viu de manera autònoma amb la seva parella (la Laura), la qual no treballa, necessiten el seu sou per viure tots dos. Un dia, després de l'entrenament, m'explica que cobra 600 euros per netejar roba 37,5 hores, horaris de merda i molta explotació. Està molt neguitós perquè fa molts mesos que no cobren. Li recomano que parli amb un/a advocat/ada. Durant els dies posteriors, em truca de manera insistent. A l'entrenament següent ve amb la seva parella perquè en puguem parlar els tres. Continua sense cobrar el sou (4 mesos). Els dono el telèfon d'una entitat que presta atenció jurídica gratuïta. M'expliquen el drama que tenen: deutes, no poden pagar les despeses… Diu que estan intentant denunciar-ho. S'obre la veda i la Laura aprofita per explicar la depressió que va tenir quan van morir els seus pares. La van fer fora de la feina, sense indemnització i sense atur. M'explica altres pràctiques irregulars en el CET on treballava, com que li van fer signar un paper abans de marxar de la feina fent veure que era una baixa voluntària. És una mica confús tot plegat, però és clar que hi ha molt de patiment i que hi ha una situació laboral d'explotació continuada en el temps. L'Adrià està molt nerviós, han intentat

> recollir, amb totes les persones de la feina que estan com ell, 60 euros per anar a un advocat, però no hi arriben, no tenen diners. Han dit al seu cap que deixaran de treballar, però el cap els ha amenaçat amb el tancament de l'empresa. **(Diari de camp, 2016-17)**

Aquesta situació pot ser extrapolable a qualsevol àmbit laboral, més enllà d'un centre especial de treball, però la nostra hipòtesi és que les vulneracions de drets i violències laborals augmenten en contextos on la necessitat d'una feina i les barreres per trobar-ne són més elevades[106]. Això excedeix el nostre camp d'investigació, però em sembla important fer-ne menció per situar alguna de les conseqüències que es produeixen arran de la relació entre món productiu, masculinitat i patiment mental. D'aquesta manera, podem inscriure les narratives en un context més ampli i en relació amb la classe social.

En definitiva, cal entendre el treball productiu com una de les estratègies centrals de masculinització, territori en el qual es juga formar part del mercat de treball i de l'espai simbòlic de la masculinitat hegemònica. Tenir feina et dona autonomia, et fa productiu, et dona capacitat de proveir i, per tant, et fa home. La masculinitat es basa en l'autosuficiència econòmica, la qual cosa en un sistema econòmic capitalista es fonamenta en conversió de la força de treball en un salari o bé monetari (treball productiu), un cercle que es retroalimenta:




Si mesurem la masculinitat (o l'adherència al model de masculinitat hegemònica) a partir de *punts*, el treball remunerat puntua doble, en termes de gènere i de rendabilitat, dues

[106]Des de l'inici dels treballs de camp (2011), s'han recollit unes quantes vulneracions de drets i condicions d'extrema precarietat en els diferents Centres especials de treball (CET) on treballen moltes i molts dels informants entrevistats; jornades laborals esgotadores, feines precaritzades i en condicions que van en contra del benestar de la persona, criteris de productivitat per sobre de qualsevol altre a l'hora d'organitzar el treball, acomiadaments fraudulents… Una de les informants d'un treball anteterior (Cela, 2012) m'explicava que els havien retirat les cadires de la cadena de muntatge on treballava perquè no puguessin seure en cap moment.

vessants que s'articulen per definir els itineraris d'inclusió-exclusió dels nois joves amb patiment subjectiu:

> Seny, seguretat, per mi això és un home, un home segur. Jo crec que dona molts punts, i després hi ha l'autonomia, autosuficiència que pugui tindre aquest home davant de la societat, la feina, per exemple […]. Clar, estem parlant d'autonomia; què t'he dit jo que necessita un home? Seguretat i autonomia. O sigui, jo no puc tindre autonomia sense un treball… **(Toni, 27 anys)**

No voldria acabar aquest apartat sense mencionar la invisibilitat i desvaloració del treball reproductiu i de cures com l'altra cara de la moneda d'aquesta estratègia de masculinització. Com explica Federici (2010 i 2018), sense aquesta *subalternització* i feminització històriques del treball de cures no seria possible sostenir el món productiu ni el sistema econòmic capitalista. Teòriques de l'economia feminista, com Pérez Orozco, expliquen la relació entre feminització de les cures, fal·làcia de l'autosuficiència masculina i capitalisme heteropatriarcal:

> "El sistema socioeconómico está pensado para sujetos que ni tienen necesidades propias de cuidados, ni responsabilidades sobre los cuidados ajenos. El capitalismo heteropatriarcal impone como objetivo vital de trascendencia la autosuficiencia en y a través del mercado. El sujeto privilegiado es un ser que se vale por sí mismo, todo lo que necesita lo puede lograr si se esfuerza lo suficiente. Si no lo puede lograr cae en el otro lado de la dicotomía: es dependiente, su bienestar está en función de otro ajeno. Esta es otra de las dimensiones de la matriz heterosexual: la autosuficiencia masculina frente a la dependencia femenina; normatividad que cuaja en el modelo de familia nuclear: el ganador del pan mantiene al ama de casa. Frente a este discurso, nos preguntamos: si todos fueran seres dedicados en cuerpo y alma a lo público, ¿no se extinguirían en una generación? Ese ganador del pan necesita cuidados y alguien se los da." (Pérez, 2014, p.222-223)

Cada setmana, després dels dos entrenaments calia emportar-se els dorsals que s'havien fet servir per diferenciar els equips durant l'entrenament. Durant anys, el sistema de repartició d'aquesta tasca va anar mutant darrere de cada fracàs del sistema anterior. Cada cop que es preguntava en veu alta qui se'ls emportava aquesta setmana, les mirades buscaven el terra i les cames acceleraven el pas cap als vestidors. Rarament sortia un voluntari, tot i

que de vegades sí que passava. Sovint calia renunciar a la voluntarietat i forçar la repartició des de dalt (professionals). Quan la setmana següent la persona els portava nets, rebia una resposta positiva per part de l'equip educador (entrenador/a, en aquest context) però quasi era una vergonya davant de la resta. El fet i la tasca tenia molt menys valor que l'habilitat per evitar-la durant mesos, la capacitat d'*escaqueig* o el reconeixement explícit que els havia netejat la seva mare. Netejar-los tu et convertia en el que Wills (1988), en la seva magistral etnografia, etiquetava com a *pringao*. Era una espècie d'acte antimasculí o, en tot cas, no era una acció que aportés cap benefici en termes de reconeixement i capital simbòlic. Tota activitat preveu un centre visible i reconegut i una rereguarda reproductiva. I les tasques reproductives cal calcular bé com es duen a terme per no qüestionar la masculinitat. Això, evidentment, tot i que és una part a la qual no hem pogut accedir en aquest estudi, recau o es transforma en una sobrecàrrega invisibilitzada de les cures per part de les dones. Caldria continuar estudiant, amb l'objectiu de democratitzar les cures i gestionar la interdependència de manera no problemàtica, com aquesta vulnerabilitat negada i aquesta dependència masculina -no en termes individuals, sinó en termes d'interdependència social[107]- dels nois *psiquaitritzats* es transforma o requereix una feminitat cuidadora (representada per educadores, psicòlogues, mares, germanes, parelles, amigues…) i transforma una distribució desigual del patiment (mental) en una distribució desigual de les cures.

### 7.2.5 Heterosexualitat activa, narratives amoroses i homofòbia

> A mí me gustaría, yo que sé, por ejemplo, tener a mi familia, mi pareja, más que todo. **(Nicolás, 26 anys)**

> Reprenem l'activitat del darrer dia i estem fent la llista de les nostres propostes per canviar el món; ho fem a partir del programa electoral, com si fóssim un partit polític. Quan li pregunto al Gustavo què canviaria del llistat de coses que va sortir l'altre dia (ell no hi era), em respon que "yo me cambiaría por una niña que está en un centro de menores". Diu que preferiria estar ell allà si això permetés treure-la a ella i deixar de veure-la patir. El Gustavo viu amb la seva família. Ell sempre demostra una actitud molt "cavalleresca" quan parla amb noies. Reprodueix constantment l'ideal

[107] Izquierdo (2003) ens diu que "se contempla el daño o la necesidad de cuidado como un hecho individual. Se supone una situación de dependencia en dirección fija. El cuidador o cuidadora que solo cuida, el dependiente, que solo recibe cuidados. No se concibe que todos en toda relación somos a la vez cuidadores y objeto de cuidados, curadores y objeto de cura" (p.3). La proposta seria parlar de cures i interdependència com a necessitat i problema col·lectiu que requereix propostes col·lectives si es vol evitar la sobrecàrrega en les dones, especialment migrants, a partir de la seva precarització.

romàntic del tot per amor però en la vessant masculina: sacrifici i salvació. La Irene s'indigna: "¡¿Cómo te vas a cambiar por ella?! Entonces te quedas tú dentro."

**(Diari de camp, grup d'adolescents de l'hospital de dia, 2015)**

En un debat obert que van organitzar (març de 2014) tres clubs socials i diferents persones diagnosticades amb un trastorn psiquiàtric, al qual vaig assistir, sobre salut mental i sexualitat, es van generar grups i cada un havia de discutir sobre "per què els psiquiatres no tenien en compte la sexualitat a l'hora de medicar i tractar?". Durant el debat que jo vaig presenciar, més enllà de parlar dels efectes secundaris de la medicació a l'hora de mantenir relacions sexuals (preocupació expressada principalment per part dels homes), una de les persones va aixecar la mà per dir que "voler tenir relacions és normal, si no en pots tenir és perquè no et consideren normal". En aquest sentit, podem parlar de la sexoafectivitat com un àmbit on es dirimeix la participació social (o exclusió), és a dir, com un requisit per formar part de l'ordre social i moral en un context com el nostre.

Els autors en els quals ens hem basat per reforçar la tipologia de cinc estratègies de masculinització parlen d'"heterosexual prowes" (Amin *et al.*, 2018) -que podem traduir per habilitat, destresa o perícia heterosexual- o *creença matriu* basada en la superioritat respecte a les dones i els homes *menys masculins* (Bonino, 2000), per referir-se a un dels enclavaments fonamentals en la construcció de la masculinitat jove-adolescent i que es consolida durant l'adultesa. En aquest apartat, analitzarem la darrera de les estratègies o grup d'estratègies de masculinització, que situa en el mateix conjunt o dimensió l'homofòbia, l'heterosexualitat *demostrable* i la dominació sobre les dones a través de relacions heterosexuals i romàntiques. Quan parlem de model romàntic, incloem l'ideal de família nuclear com a objectiu regulador de moltes de les pràctiques i discursos que veurem. Quan Butler (1987, 1990, 1992), Rich (1980) i Wittig (2006) van conceptualitzar, a partir de diferents idees (vegeu el capítol 5), la idea de *matriu heterosexual* anaven més enllà de desig i sexualitat i parlaven d'una estructura de poder que organitza les relacions, i des d'aquí volem analitzar la idea d'heterosexualitat homofòbica (podríem parlar també d'*heteropatriarcat*) en aquest capítol.

Per començar, necessitem situar-nos en un context masclista i homòfob en termes estructurals, però que es troba en procés d'*hibridació*. Sense pretendre extreure'n una conclusió empírica, si veiem els productes audiovisuals (sèries, pel·lícules…) fets *per* i *per a*

adolescents i joves -tot i que actualment la joventut és un producte molt rendible per a tots els públics i, per tant, els consumidors són persones de totes les edats-, podem observar com s'han produït i es produeixen, com diria Menéndez (1984, 2018), *transaccions* entre el model hegemònic homòfob i la masculinitat subalterna (bisexual o gai). Un dels àmbits importants on es donen aquestes *transaccions* és el de la sexualitat i el plaer masculí. El sexe entre nois per a molts adolescents i joves que sustenten una posició de cert rang dins dels grups (tant en la realitat com en els productes audiovisuals) no suposa *per se* una pèrdua d'estatus dins del grup o una *subalternització*, en termes de Connell (1997, 2005). De la mateixa manera, podem observar canvis en les relacions heterosexuals i romàntiques que apareixen en alguns dels mitjans de comunicació, amb una intenció clara de superar esquemes de dominació patriarcal. Per tant, podem dir que s'estan produint modificacions del model que permeten que protagonistes de sèries i homes joves amb una masculinitat hegemònica tinguin relacions sexuals amb nois i relacions sexoafectives amb voluntat d'equitat -com a mínim en l'àmbit discursiu- amb dones[108]. Aquests canvis o transaccions no s'han d'entendre com una desaparició de les relacions de dominació i violència en parelles heterosexuals, ni com una desaparició de l'homofòbia i les relacions de dominació entre nois, sinó més aviat al contrari: com una necessitat epistemològica per entendre les "noves" maneres de dominació. En aquest sentit, tornem a la pregunta de quins canvis són transformadors en termes de dominació (que n'hi ha) i quins són una adaptació per mantenir-los. Pot ser que es permetin més les relacions sexuals entre nois però es continuï castigant socialment l'expressió de gènere no normativa (coneguda com a *pluma*)? Pot ser que les violències masclistes dins la parella es perpetuïn malgrat certs canvis cosmètics en la manera de relacionar-se? La resposta a aquestes preguntes no la sabem ni pretenem donar-la en aquest capítol, però sí que partim de la necessitat d'analitzar la realitat del jovent, en termes *genèrics*, com una cosa canviant, on cal situar barreres analítiques que ens permetin investigar l'aspecte relacional (en termes sexoafectius i en l'àmbit de violències masclistes) de la masculinitat sense caure, per dir-ho ras i curt, en el "tot està com sempre", però sense fer-ho tampoc en el "tot això està superat".

[108]Aquí no hi incloem la sexualitat trans o altres sexualitats que surtin dels esquemes binaristes, les quals requeririen una anàlisi específica i en profunditat.

En aquest ordre de coses, volem començar per aquelles narratives que fan referència al pensament amorós (Esteban, 2011) i la construcció social de l'amor romàntic en el camp estudiat. En general, molts dels informants reporten un paper central de la parella en la seva xarxa social i com a figura de sosteniment, cosa que no és una particularitat del camp *psi*. Tanmateix, en aquest context, la parella (dona heterosexual) juga un paper especialment central en el sosteniment del patiment masculí i és una peça fonamental per a la recuperació:

> Bueno, pues, la familia y la pareja pues te aporta… ambas cosas son como un núcleo familiar[…]. También conocí una chica, pues con la que estoy actualmente, que llevo tres años también, eso me ayudó a mantener la estabilidad, también si yo tengo algún día malo ella, pues me aúpa también […]. Bueno, yo, por ejemplo, claro, también son tres años y a mí, estar tres años con una persona a mi lado, que todos los días pues me aúpa, por así decir, me ha aportado esa estabilidad que yo necesitaba […]. Sí, que si un día pues fallas, pues tienes alguien al lado que te anime, por ejemplo […]. Y a nivel de vida, pues tener pareja te puede cambiar también […]. Claro, y también puede ser que el hecho de… si tú estás bien, también te ves más con… o sea que, si tú estás mejor de la autoestima, también te ves más con alguien. Que si tú igual no estás en un momento con la autoestima muy alta igual te cuesta más imaginarte con alguien, ¿no? **(Óscar, 25 anys)**

> Es muy importante porque una persona que haga compañía, una persona que te quiera, una persona que esté pendiente de ti, eso es muy importante. Que a la larga una persona que no tiene pareja empieza a tener automatismos muy marcados, de carácter, y a la vez, que le cuesta mucho relacionar, según qué personas, ¿eh?, pero con el tiempo le cuesta relacionarse con los demás […]. Yo pienso que la pareja hace que piense uno en la otra persona y cuando empatizas con otra persona piensas en equipo, piensas en el bien común, y es muy importante eso. Y esto hace que uno esté más lleno por dentro, como anímicamente, de autoestima, de carácter […]. Para mí, pareja primero, segundo familia, familia que realmente estás bien a gusto con ella, y ya evidentemente, amigos después. **(Tomás, 33 anys)**

> Lo que pasa es que yo necesitaba algo diferente, yo sentía que necesitaba algo diferente, algo como lo que tengo con Mónica, un amor diferente. Yo lo sentía así y yo creo que ha sido muy clave, además ella es probablemente una de las personas que más tiempo ha estado y más implicada en ayudarme a mejorar en estos últimos años […]; siempre ha estado allí, cuando he estado mal siempre ha estado allí al lado, me ha buscado soluciones […], o sea, en estos años el punto de diferencia más importante que ha habido para poco a poco yo irme sintiendo mejor, para mí el punto más importante, ha sido Mónica, encontrar a Mónica. Porque ella fue como un soplo de aire fresco, un… como si me llenaran de oxígeno cuando estaba medio ahogado, encontrar una persona de fuera, así, con la que conectases de esa manera y quererse así me dio mucho aire y, entonces, ha sido progresivo; yo lógicamente, nada más encontrarla no me ponía bien, no estaba bien ya, yo estando con Mónica ha habido mucho tiempo en el que estado mal, pero progresivamente me he ido ubicando un poco y posicionando un poco mejor. **(Elías, 24 anys)**

> [La parella] te ayuda un 50 por ciento, pero igual sin pareja o con pareja uno mismo se puede salir adelante, ¿sabes? No importa si tienes esquizofrenia o que tenga depresión, o que tenga, no sé… cualquier tipo de enfermedad, ¿sabes?, o lo que me pasó a mí. Quizás si tienes pareja sí te puede ayudar, un 50 por ciento, y el otro 50 por ciento lo puedes hacer tú solo. **(Iñigo, 26 anys)**

La parella, per tant, és causa i conseqüència de la recuperació després d'una crisi o una situació de patiment subjectiu *excessiva* -que diria Talarn *et al.* (2014). Això és especialment així en parelles heterosexuals, formades per homes joves que venen de situacions de molt d'aïllament social i patiment i dones que sostenen gran part d'aquest malestar. És el cas de les quatre narratives presentades. Fent un exercici d'una certa simplificació, aquest esquema home que pateix – dona que cuida en parelles heterosexuals pot explicar, en part, el que alguns estudis han apuntat (Cox *et al.*, 1993; Rotermann, 2007; Affleck *et al.*, 2018) en l'àmbit de tendències i que apuntàvem en el capítol 2: el trencament de la parella heterosexual acostuma a beneficiar les dones i perjudica els homes en termes de salut mental.

Recuperant la història del Narcís (el noi amb un cert estatus dins del grup que va deixar de venir a l'activitat de futbol després d'una crisi), en una de les moltes converses entorn del seu patiment, les possibles causes i per què havia deixat de venir al futbol, en Nicolás ho relaciona amb "no tener novia". L'Octavi defensa aquesta idea, diu que el fet de tenir xicota "te hace sentir mejor" i ajuda a sortir d'aquests cicles de molt de patiment subjectiu. Però la parella aporta també en un altre sentit. Com dèiem en el cas del treball productiu, hem d'entendre les estratègies de masculinització en el camp *psiquiatritzat* com a maneres de participació social i d'obtenció de normalitat. La parella no s'escapa d'aquesta lògica i hi aporta també capital simbòlic, reconeixement i sexualitat:

> Hay personas que les dará igual, hay personas que lo buscan, no lo encuentran, pues les sabrá mal, personas que lo tienen y les da igual en realidad, lo tienen solo por tener novia, porque también hay casos de estos […] en plan como para hacer ver. Sí, o como para "si yo tengo novia" pero en realidad no la quieres […]. Hombre, queda mejor tener una pareja estable pero no es malo lo otro, depende el punto […], mejor tener tu pareja estable, pero si la tienes porque de verdad la quieres, eso sí, porque tener por tener, o simplemente porque tu ambiente alrededor te hace sentir que tienes que tenerla o para quedar mejor o por tenerla, no, eso no, entonces no, "te quieros" falsos, no, o "te quieros" por decir, no. **(Elías, 24 anys)**

> A los hombres que les gusta mucho el deporte, le gusta mucho el competir, les gusta mucho tener pareja y vacilar de "¡oooh!, he estado con Fulanita y Menganita y la otra" y entonces esto es lo que, el competir, que las chicas no hacen lo mismo con las parejas porque no compiten por "cuantos novios he tenido, que he tenido muchísimos", no dicen eso. Dicen que… dicen que ha tenido un novio, que ha tenido dos o tres. Y el tercero, mi favorito, el que tuve antes que era una pasada. Que se enfocan más en la persona, buscan el carácter de la persona, y simpatizan con el carácter, empatizan. Y en cambio el hombre, al principio, busca ese tipo de chulear delante de los amigos, pero en realidad, de puertas para adentro, quiere una buena persona. **(Tomás, 33 anys)**

> Pues yo creo que el que está buscando pareja en principio es para el sexo, ¿no? Este es un tema importante; para tener relaciones sexuales. Y luego, yo creo que lo demás buscan cariño, comprensión, ¿no? Tener… yo creo que te da seguridad también […]. Yo creo que tener novia… yo creo que, si te quiere y te notas bien, pues te tiene que subir la autoestima un poco, ¿no? **(Néstor, 25 anys)**

Per tant, en algunes narratives és clar que la parella aporta estatus i és un element fonamental en termes d'afiliació[109]. En d'altres, com reprendrem més endavant, s'hi remarca la importància de la sexualitat com a centre de les relacions amb dones, més enllà del projecte romàntic, la qual cosa podria ser especialment així durant la joventut, durant la qual el projecte de parella estable – família té menys pes. Com passa en altres estratègies de masculinització analitzades, la parella i la sexoafectivitat esdevenen territori també per a la tensió entre model hegemònic i masculinitat marginada -exclusió derivada dels processos de s/m(p)/c-, la qual cosa confirmaria la nostra hipòtesi de partida sobre la *(in)habitabilitat* del model masculí hegemònic, en termes també sexoafectius, per a molts homes *psiquiatritzats*.

En l'estudi que presentem, hi apareixen traves concretes que impedeixen la consecució d'aquest ideal cultural (*matriu heterosexual*), com poden ser l'estigma, la manca de relacions socials, l'aïllament o els efectes secundaris de la medicació. En algunes de les narratives, més enllà de les dificultats o barreres per trobar parella, hi apareix també aquest malestar associat a quedar-se fora del model i de la possibilitat de tenir relacions sexoafectives:

> Yo, por ejemplo, estaba en esta situación de que quería pareja y no tenía ninguna opción y si… te falta algo […]. Yo estaba en esa posición, deseaba tener a alguien así y no la tenía, ni la buscaba tampoco

[109]Ens basem aquí en la proposta conceptual de Castel (2004) quan parla de desafiliació com a ruptura del llaç i del compromís social que provoca que desaparegui el sentit de pertinença dels individus, però en el sentit invers. En aquest cas, ens serveix per analitzar també els moviments que permeten reconstituir aquest llaç.

> pero no… no encontraba esa situación y a mí eso me pesaba un poco; por ejemplo, a mí eso me hacía sentir un poco triste. Como siempre tenía la sensación de que quería querer a alguien y que ese alguien también me quisiera de esa misma forma, con esa necesidad que tenía de querer igual […]. Si tú tienes esta necesidad de querer y no tienes ese alguien en quien enfocarlo y que sea recíproco, eso, de alguna forma, te entristece, yo he estado así; cuando lo encuentras y es real y es mutuo, pues no hay cosa mejor. **(Elías, 24 anys)**

> Mi madre tenía problemas de… como de carácter demasiado social, era demasiado social y era una persona autónoma que era muy luchadora pero era un entorno que creaba problemas porque le faltaba una pareja. **(Tomás, 33 anys)**

> Pero a nivel de salud mental pienso que es difícil… Por ejemplo, para mí, es difícil. He estado ya en centros sociales que encontrar chicas con las que relacionarme, de buscar pareja o de ser amigos, porque la verdad es que hay muchos hombres que van a saco, que van diciendo "quiero pareja, quiero pareja, quiero pareja". Y son como lobos, y la verdad es que, no por el carácter, que quizá son buenas personas… pero pienso que en centros sociales de salud mental no suele haber demasiadas mujeres. Eso es en parte, porque las familias las sobreprotegen un poco […], las encierran en un entorno controlado. **(Tomás, 33 anys)**

En les tres narratives presentades, hi apareix el fet de no tenir parella com a manca o carència i el malestar que això genera. Fonamentalment, per la sensació de quedar fora del model romàntic, heteronormatiu. Però aquestes narratives són molt riques en altres elements perifèrics com són les barreres que es troben a l'hora de lligar, trobar parella i fer *habitable* aquest ideal cultural; apareix la dificultat de conèixer noies, la competitivitat entre nois (metàfora del llop, molt vinculada a l'imaginari masculí de caçar com a manera de lligar), i una percepció que situa les dones en la submissió, la reclusió i la sobreprotecció. En altres converses informals, sobre l'estigma associat al trastorn mental, en els nois hi apareix també la dificultat per lligar com una de les conseqüències del trastorn.

La segona pregunta, a partir de la qual s'articulava el debat que he descrit a l'inici del capítol, abordava per què les persones amb "discapacitat" tenen més dificultats per trobar parella? Moltes de les persones confirmaven que l'estigma condiciona en aquest sentit i compartien les diferents estratègies davant d'aquest *estigma social percebut*; persones que no parlen del diagnòstic propi quan acaben de conèixer una persona amb qui volen tenir una relació sexoafectiva, persones que només ho diuen si el tema surt i altres que afirmaven reconèixer-ho sense problemes. Una de les persones explica, enmig de la conversa, que va conèixer la seva parella quan estava enmig d'un brot i que ara estan molt bé i tenen una relació.

Així com la parella (especialment heterosexual en el nostre estudi, però no només) juga un paper central en el procés de recuperació i sosteniment del patiment -de vegades percebuda, en termes romàntics, com a salvadora davant d'una situació de molt de malestar o altres vegades com a conseqüència de la millora de l'estat d'ànim i l'autoestima-, també apareix com a incompatible o que pot portar molts problemes si "estás mal". Una idea que es podria vincular, algunes vegades, a l'estratègia tercera sobre l'autosuficiència emocional i l'imperatiu de soledat masculina davant de l'aflicció: "els moments difícils millor passar-los sol". O també podem vincular-ho a l'estigma interioritzat o fins i tot es pot entendre com una manera de cura respecte a la relació, l'altra persona, i d'autocura:

> Si estás bien, yo diría que sí, o sea, si estás mal yo diría que no sería muy conveniente tener una pareja, porque como que la perjudicas a la otra pareja porque tú tienes un problema que no estás bien de… o sea, mentalmente, y la haces pasar ratos mal, o sea, le llevas a un… como quien dice, pero no tiene por qué, no debería pasar eso, si la persona en verdad te quiere, y te quiere como su pareja, yo creo que debería ella animarte y salir adelante, ¿no? Y llegar a comprenderse y llegar a tener una buena relación. **(Nicolás, 26 anys)**

> Ficant exemple, jo tinc una amiga que té discapacitat i surto bastant amb ella […]. És una noia que conec que té una discapacitat més gran que la meva potser, per dos punts o tres, i es fa molt difícil la seva companyia i jo em faig el milhomes, em faig el segur, eh? Em faig: "eh, he quedat amb aquesta noia que té discapacitat però seré, intentaré ser, *lo* autosuficient que pugui", però hi han problemes […], és una mescla, és una bomba, no? És una bomba que algú l'ha de controlar, jo no soc partícip de que *tinguem que* tindre un control exhaustiu per a tothom, però una dona que té discapacitat i un home que té discapacitat… ajuntar-los és una mica bomba, és detonant […]. Que jo tingui un problema mental i que la meva parella també, per algunes persones els pot representar una relació tòxica, no tòxica per consum, sinó tòxica perquè els dos tenen problemes. **(Toni, 27 anys)**

Per analitzar l'*estratègia de masculinització* basada en la relació entre masculinitat i heterosexualitat, cal que diferenciem el model d'amor romàntic de la centralitat que té la sexualitat en termes de construcció de la masculinitat. L'heterosexualitat activa -hi incloem desig, mantenir relacions sexuals, la potència i fer-ho visible en grups *homosocials*- té una relació directa -i directament proporcional- amb els processos de masculinització, especialment durant la joventut, tant per acció com per omissió. Posem dos exemples que podrien representar els dos extrems de la relació heterosexualitat activa – masculinitat:

> Anem a comprar refrescos i a fer un tomb. A partir que sortim de l'hospital de dia, la conversa es converteix en una demostració de masculinitat permanent. L'Enrique i el Manel parlen de sexualitat, però de manera molt discriminatòria cap a les noies, expliquen experiències sexuals que han tingut. De cop canvien de tema i passen a les motos i els cotxes, i parlen sobre els carnets necessaris per conduir. Tornen a canviar de tema, aquesta vegada per parlar de baralles (violència física) amb altres nois, "batallitas" i conflictes amb la policia. **(Diari de camp, grup d'adolescents de l'hospital de dia, 2014)**

> El Toni torna del lavabo i interromp, explica una anècdota, té molt d'interès que tot el grup l'escolti. Una cosa que li va passar a les festes majors de Sant Andreu. Va anar a un estand feminista dient que tenia "diversitat funcional" i el van tatxar de masclista i feixista. Intenta entendre el perquè a partir d'explicar-nos-ho, no s'acaba d'entendre la història, però sembla que el que vol és, d'una banda, ocupar l'espai amb "batalletes" de festa i noies. De l'altra, té ganes de saber més sobre feminisme, parla de *micromasclismes*, d'unes quantes idees que sembla que no té gaire clares més enllà del significant. **(Diari de camp, 2017-18)**

> Avui l'Aitor m'ha preguntat sobre l'activitat de després del futbol, la hi explico i finalment es queda. Vol marxar després de l'entrenament, però veient que en té ganes insisteixo que es quedi, i ho accepta. Té ganes de quedar-se, però sembla que suposa un esforç estar amb el grup. Està nerviós, se li nota, però tinc clar que es vol quedar i el grup l'integra a partir de la broma. Li fan broma sobre que *lligon* que és, i ell riu, malgrat que ésclar que la broma busca visibilitzar el contrari: que ell no té relacions sexuals, ni lliga. Ell té molt clar que això no va amb ell, diu que "yo no quiero, no quiero, yo quiero estar solo, que esto no es para mí". Apareix aquesta idea que la sexualitat no va amb ell, sembla que li genera quasi aversió o incomoditat. **(Diari de camp, 2016-17)**

En aquest darrer cas, ens manca una informació que té a veure si aquesta asexualitat -pel que fa a relacions amb altres persones- és una opció escollida o una conseqüència d'un model de sexualitat excloent per a les persones que surten dels cànons culturals i normatius -vinculats a la idea de *neurotipicitat*. En tot cas, representa una masculinitat marginal respecte al model hegemònic, la qual deriva del seu diagnòstic, itinerari o estigma associat a les problemàtiques de salut mental. En aquest mateix àmbit, per això, podem observar la primera i segona escena com una estratègia per fer visible la masculinitat-normalitat a través d'explicar anècdotes sobre relacions sexuals (entenent lligar com a part de la sexualitat), la qual cosa dona rang masculí dins del grup. Especialment, podem destacar la primera escena, on l'adolescència permet una expressió de la masculinitat hegemònica molt més explícita o performativa (sexualitat, misogínia, motor, violència física i risc). Gairebé hi podem observar una teatralització dels valors de la masculinitat hegemònica, la qual comença per l'heterosexualitat com a manera de dominació i violència. Una estratègia

de masculinització en ple assaig i desenvolupament, i això fa que sigui més visible, més explícita, menys híbrida.

En una altra ocasió, vaig observar i registrar la dinàmica grupal que es va generar durant un taller de sexualitat que es va fer durant una visita al Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS). L'explicació es va centrar en les ITS i els mètodes anticonceptius, però també es va parlar de pràctiques sexuals i risc d'embaràs. Érem un grup de set persones (tot nois menys l'educadora i les persones que ens van atendre al dispositiu). Al diari de camp, hi vaig descriure les diferents actituds masculines durant el taller:

> *Toni:* masculinitat més normativa. És el que posa el preservatiu millor, el que parla d'experiències pròpies. En alguns moments expressa que té vergonya, però pregunta molt i ho relaciona amb coses que ha viscut. En un moment la professional, veient els seus dubtes, ofereix que es quedi al final si vol preguntar alguna cosa a soles. Ho accepta, se'l nota preocupat i alhora encantat de ser el centre. Dona a entendre que el fet de quedar-se al final és per parlar de quelcom relacionat amb les seves experiències sexuals recents, la qual cosa aporta estatus dins del grup. Això comporta que els altres preguntin abans de marxar: "per què es quedarà el Toni?". En alguns moments mira a terra i fa mala cara, però va connectant i quan ho fa pregunta. Pregunta molt sobre ereccions i pixar. També pregunta molt sobre flux i genitals femenins. En tots els casos, a partir de la seva experiència.
> *Nacho:* tímid, infantil, se li escapa el riure en alguns moments, però és el que parla més. Es posa nerviós quan ha de parlar de genitals o pràctiques sexuals, però ho supera. Sempre participatiu i amb ganes d'aprendre o d'agradar. Però avui està mig mig, i noto que de vegades se li fa llarg. Em diu en un moment que "me estoy poniendo nervioso". El Nacho pregunta molt amb el tema del porno. En un moment donat, quan estem marxant, parla del que els vaig explicar un dia sobre el porno ètic. Diu la paraula *masclista* moltes vegades. Quan he arribat i estàvem al banc, ens pregunta al Marcel (de pràctiques) i a mi si "mirarle el culo a una chica está mal". Li explico com puc l'*objectualització*.
> *Iñigo:* és la masculinitat performativa, d'una seguretat poc creïble que la fa patètica en algun moment. Vol cridar l'atenció, com el Toni i la resta, però amb menys "elegància". Parla molt de "pollas de negro", de "si van a caber en una vagina pequeña". Quan veu que el Toni parla d'experiències personals, ell també ho fa. Parla d'una relació de fa molt de temps. Ell vol també que es vegi que és sexualment actiu. Dona molts detalls, que fins i tot en alguns moments són incòmodes, està nerviós però *performa* un discurs segur. Dualitat entre masculinitat segura i una seguretat *performada*.
> *Darío:* no parla en tota la sessió. Només escolta. Masculinitat absent, marginal, en aquest cas hi té a veure la timidesa i el no-domini de la llengua. Potser també el tema d'avui. Però, quan sortim, abans d'acomiadar-nos em diu baixet i apartant-se del grup: "En este sitio puedo ir a conocer chicas y a ligar?" Li responc que no, mentre penso com continuar. Em diu que vol un lloc "para ligar y para chicos tímidos". **(Diari de camp, 2017-18)**

Les converses sobre sexualitat de manera grupal han estat escasses durant els anys de treball de camp, segurament encara més quan hi soc present. En general, el tabú social es barreja amb aquesta sensació d'"això no va amb mi" generada per un model de sexualitat excloent (jove, blanc, heterosexual, capacitista), que exclou els nois psiquiatritzats. Quan de manera contextual (taller específic) apareixen converses sobre aquest tema, podem observar en la interacció el funcionament de l'*estratègia de masculinització*, on la potència i l'experiència sexual heterosexual té una influència en el grau d'adherència a la masculinitat hegemònica i jerarquitza el grup. La masculinitat dificulta la formulació de dubtes, preguntes i porta a negar la inseguretat o la vergonya. Al mateix temps, la masculinitat *psiquiatritzada* o marginada permet, de vegades, altres maneres d'expressar-se menys basades en la seguretat performativa (no sense conseqüències en termes d'estigma) i la relació amb la sexualitat. De nou, l'MH fa *(in)habitable* o dificulta una sexualitat plaent, la qual necessita experimentació i aprenentatge, que no es pot donar sense el reconeixement previ de la vulnerabilitat i el *no-saber*:

> Clar, la sexualitat per una banda és un experimentar, per una altra banda és un trobar-se amb els altres […], això també primer passa per […] aquest sortir de *lo* familiar, passa per una qüestió grupal, no? […] Els extrems sempre són patològics, segons com. Llavors un noi i una noia que puguin començar a fer relacions amb els altres, i la qüestió afectiva i preguntar-se, i es pregunten molt, no?, perquè tens de tot, tens el *destroyer que se folla todo lo que se mueve*, o la *destroyer*, no?, *que se folla todo lo que se mueve*, i dius: home, *algo* et passa que no pots precisament establir una relació, relació, no? Al nano molt inhibit que no pot, no?, i això serien els extrems, però *bueno*, entre mitges *pues* és algo molt necessari, entrar en contacte amb altres, altres que no funcionen com un mateix sinó com ells mateixos, o sigui, i aquí és on pot aparèixer la tendresa, també… […] Molts nanos t'ho diuen: "yo de mayor quiero tener familia e hijos", o sigui, que els nanos més… l'adolescència, molt moguts i tot *lo* que tu vulguis, *o sea*, ells van fent-se tot un seguit de preguntes de què és la sexualitat, què és ser gran, què estar en parella, què és tenir una família, que de vegades, els plantejaments que et sobten, per *lo* infantil, eh?, els veus com així molt posats, sigui noi o noia, és igual, *como que ya lo saben todo*, i després fan preguntes que dius… *Bueno*… **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

La proposta de visitar el CJAS va sorgir arran d'una conversa grupal iniciada per un dels nois, que no participa en l'activitat de futbol però sí en l'activitat de ràdio. Una persona amb una masculinitat força allunyada del model hegemònic en molts aspectes i travessada per la *neurodiversitat*. La conversa va començar quan ell va voler explicar a tot el grup que era bisexual. Durant els anys de treball de camp, hem parlat moltes vegades de diversitat sexual i de gènere, però només dues persones (dos nois) han expressat que la seva preferència sexual era diferent de l'heterosexualitat (bisexual i homosexual). Arran d'aquesta conversa,

va sorgir la proposta d'anar al CJAS, conèixer un recurs específic per a joves LGTBI i aprofitar per parlar d'anticoncepció i sexualitat amb una professional del centre. Mai aquesta persona ni ningú, com a mínim en presència meva, no ha rebut un comentari discriminatori o LGTBI-fòbic. Això no vol dir que no apareguin sovint comentaris LGTBI-fòbics, bromes, o que la masculinitat es jerarquitzi en funció de la proximitat amb l'heterosexualitat, no només quant a relacions sexuals, sinó entenent-la com a *matriu heterosexual* i productora de determinades maneres de relació-interacció.

Entrem a analitzar ara, per tant, la relació entre homofòbia i masculinitat tal com han fet altres autors (Pascoe, 2005; Coll-Planas, 2009; Langarita, 2015; O'Connor, Ford i Banos, 2017; Amin *et al*., 2018, entre d'altres), la qual podem entendre com a conseqüència de l'hegemonia cultural de l'heterosexualitat. L'heterosexualitat, per tant, acompleix la funció de mite, en tant que "cumple con la tarea de explicar el mundo" (Guasch, 2007: 17) i necessita construir una alteritat per tal d'existir. I aquestes dues dimensions, masculinitat hegemònica i heterosexualitat, no es poden entendre per separat. Diferents estudis feministes sobre la masculinitat han situat els insults i comentaris homofòbics en el centre d'aquest *fer* masculinitat (Kimmel, 1994; Lehne, 1998). En aquest sentit, entenem l'homofòbia com una de les peces clau de l'*estratègia masculinitzadora* a la qual ens referim. Tant de manera explícia com implícita, el rebuig de l'homosexualitat funciona com a eix vertebrador de la socialització masculina durant l'adolescència i la joventut. Cal recordar que l'homosexualitat no l'entenem només com la sexualitat o desig entre homes, sinó com tot allò que contradiu la *matriu heterosexual*: sexe entre homes*,* expressió de gènere no normativa, identitats *maricas*… Partim de la idea que el fet d'anomenar violències específiques (transfòbia, lesbofòbia, homofòbia…) a partir d'una terminologia concreta (basada en la idea *fòbia*) ens remet a la dimensió individual i patològica. Aquesta nomenclatura ha servit per visibilitzar violències, però ha dificultat una lectura estructural d'aquestes violències i el que tenen en comú (Coll-Planas, 2009). És important, per tant, recuperar la idea que l'homofòbia, de la mateixa manera que la lesbofòbia o la transfòbia, és resultat d'un mateix esquema (hetero) sexista, masclista i binarista.

Partint d'aquest marc, ens unim al corrent que estudia aquesta homofòbia no com un atac directe (insult, discriminació) cap a les persones homosexuals, cosa que no ha passat -o com a mínim jo no ho he observat en tots els anys de treball de camp-, sinó a partir de la creació d'un ambient homòfob mitjançant comentaris, actituds i significats aparentment

compartits. Analitzem dues situacions semblants que es produeixen durant el treball de camp per entendre a quines pràctiques ens referim, sempre en un context grupal:

> Estem gravant per al programa de ràdio que fem un cop a la setmana. Avui tenim un noi nou. El Toni el va integrant a la conversa en diferents moments i utilitza la següent expressió després de la gravació: "sense *mariconades*, però tens una veu molt bonica, molt de ràdio" […].
> Arribo i el Toni parla i parla, està dempeus, presideix la taula. Ocupa l'espai. Passa d'un tema a un altre; una persona que al metro li ha ofert que es faci soci d'Amnistia, *testigos de Jehová*… De vegades penso que no és un diàleg, el que fa. Agafa la guitarra i em dedica una cançó, bonica, divertida. Em sorprèn. És una versió de *La flaca*, parla d'abraçades i em tira floretes. Quan acaba necessita justificar-se, "sense *mariconades*", diu; parla del Torrente, es justifica, etc. Interrompo i intento que no faci servir aquesta paraula (*mariconades*), parlo de com entre nois pot haver-hi afectivitat sense atracció sexual i parlo d'homofòbia sense dir-ho. Se sent atacat. Diu que és un home "fet a l'antiga", defensa la seva posició, i parla del Santiago Segura i el Torrente com a denúncia. Barreja tants arguments que ens perdem, és clar que se sent qüestionat però assumir el que li diem davant del grup no és una opció […]. El Toni marxa al lavabo. Em giro i veig el Nacho amb el cap cot. Visiblement trist i amb ganes que això sigui vist i acollit. Pregunto, primer no vol parlar. Després sí; diu, amb la veu infantil i mig trencada, que s'ha ofès pels comentaris del Toni, els seus tiets (ara tutors) són una parella d'homes. No parla d'ell, parla dels tiets. Amb la Raquel li proposem que li ho digui al Toni, que li digui que l'ha molestat. Primer no vol, no li veu el sentit. Al final ho accepta quan li ofereixo de fer-ho junts. Arriba el Toni, s'asseu i ja veu que passa alguna cosa i que té a veure amb ell. Ho dic sens embuts i ens dona peu a entrar. Dona l'entrada al Nacho i li permet explicar el que li ha molestat. El Toni s'ofèn i no reconeix homofòbia en el que ha dit. Hi ha una relació de poder i per això hi intervenim; el Nacho es fa petit, i sembla que se sent malament, però finalment arribem a un cert acord. La jerarquia entre masculinitats es fa patent durant la conversa; educador (jo), el noi de pràctiques (Marcel), usuari però amb una masculinitat normativa (Toni) i usuari amb la masculinitat no normativa (Nacho). Ara és el Toni qui manifesta la seva ofensa perquè l'han acusat d'homòfob i comença un diàleg en el qual el Nacho deixa d'intervenir. Després se sent malament i passa a l'altre extrem, diu que el Toni és l'únic motiu pel qual ve al club. Hi ha un cert reconeixement mutu i alguns moments de broma per *destensionar*, i aprofitem per deixa-ho aquí. **(Diari de camp, 2017-18)**

L'escena em sembla summament interessant i explicativa de com funciona l'homofòbia com a *estratègia masculinitzadora*. Un dels nois fa servir la paraula *mariconades*, d'una banda, per ridiculitzar l'expressió d'afecte entre nois i, de l'altra, per fer visible o reafirmar la seva heterosexualitat, la qual pot ser posada en dubte arran del que acaba de fer: dir a un altre noi que té una veu molt bonica. Un tercer s'ofèn davant del comentari, però el primer considera que el que ha dit no és homofòbia. Parem aquí, perquè aquest malentès o confusió en la interacció ja té prou contingut. Segurament els dos, en termes subjectius, tenen raó, o com a mínim tenen motius per pensar el que pensen; són comentaris homòfobs en tant que es fa servir *maricón* com a insult, i alhora no és un comentari que vagi dirigit a un homosexual

en concret ni al col·lectiu. El comentari va dirigit a establir el límit entre el que és masculí i el que no ho és, perquè la masculinitat ha quedat posada en dubte als ulls de la mateixa persona que ha estat expressant afectivitat cap a altres nois. Pascoe (2005) parla de *fag discourse* per explicar la utilització que fan els nois adolescents i estudiants -en el seu cas, nord-americans- del rebuig a la identitat *fag* (*marica*) per definir la masculinitat o el procés de masculinització. Ens diu que els nois estudiats, quan fan servir frases del tipus "hey, don't be a little faggot" ("Ei, no siguis *mariconet*"), el que estan fent és crear una definició del *marica* prou àmplia perquè sigui funcional en termes de masculinització, la qual va més enllà de la sexualitat entre homes i engloba qualsevol acció que pugui ser considerada no masculina. La creació d'aquest *mariconades* o *marica* prou ambigu i indefinit és molt funcional en termes de masculinització. O, dit d'una altra manera, si es concretés perdria la seva força i la seva funció. El que evidencia això és que sempre s'està en risc de *fer gènere* (*doing gender*) malament (o de manera desviada respecte a la norma) i, per tant, de posar en dubte la masculinitat, tot i que els límits no són clars i necessiten una certa inconcreció: "The ubiquity of the word *faggot* speaks to the reach of its discrediting capacity"(Corbett, 2001: 4). La ubiqüitat i l'ambigüitat del terme és fonamental perquè l'ordre de gènere hi operi. I això funciona com a mecanisme regulador de les pràctiques masculines pròpies (exemple que hem posat) i alienes. Tot i això, no podem perdre de vista que aquesta *estratègia masculinitzadora* té una altra funció o conseqüència: la creació d'espais no segurs per a les persones homosexuals o que practiquen sexe amb altres homes. En un grup de discussió amb treballadores del camp de la salut mental sobre com abordar el gènere i la sexualitat en el club social, hi apareix la conversa següent:

> P: Hi han molts comentaris homòfobs.
> E: Jo això ara ho estava pensant, també.
> C: Ja, és veritat, no ho hem posat… *Bueno*, potser sí que ho hem posat més endavant…
> E: Sí, *bueno*, apareix però… *Vale*, o sigui que se senten comentaris homòfobs… Sí, és una cosa que jo també pensava al futbol i…
> P: Llavors, clar, si hi han persones homosexuals també en el grup però no ho diuen al grup…
> E: Estàs parlant d'adults?
> C: Sí.
> E: O sigui que ho sabeu vosaltres però ells no ho diuen.
> P: Que ens ho han dit, però ells no ho diuen.
> E: No ho han verbalitzat al grup.
> P: I també penses: "qualsevol ho diu, sentint aquests comentaris al voltant…".
> E: Clar, és lògic que no ho diguis. **(Grup focal de treballadores del Club Social, 05.05.2016)**

Per tancar aquest apartat, analitzem dues conseqüències més d'aquesta *estratègia masculinitzadora* basada en l'hegemonia heterosexual: la pressió masculina, cap als nois, d'una banda, i les conseqüències en termes d'estereotips, violències i desigualtats per a les dones, de l'altra. Malgrat que el nostre estudi se centra en les masculinitats, pensem que és imprescindible mantenir (en qualsevol estudi de gènere) la dimensió relacional i analitzar les conseqüències per a les dones d'aquest model masculí.

La pressió de grup i la relació *peers* masculins són fonamentals en qualsevol de les cinc *estratègies masculinitzadores*, especialment durant l'adolescència i la joventut. En el camp de la sexoafectivitat, els ideals hegemònics de potència, rendiment, objectulització del cos femení i satisfacció del desig propi tenen un impacte fonamental en les experiències sexuals de les persones socialitzades com a homes i estan darrere de les violències (masclistes) sexuals, però sobretot, i com diria Segato (2016), cal entendre'ls com a actes de comunicació *homosocial* i de reconeixement entre homes. En general, en les entrevistes fetes amb professionals, hi apareix aquesta idea de la sexualitat masculina com a pressió per a ells i quasi mai com explicació o causa de la violència sexual. Hi ha una narrativa que apareix sovint que té a veure amb la manera com aquest model de masculinitat, en termes sexoafectius, té efectes i condiciona els homes situant-los, fins i tot, en una situació de desprotecció i de víctimes:

> Yo creo que para los chicos lo viven [la sexualitat] con mucho más miedo y con mucho más complejo y con mucha más dificultad; que funcione su órgano sexual y su tamaño y todas esas cosas tiene muchísima importancia, ahí se la juegan, se la juegan mucho más los chicos que las chicas, que las chicas, bueno, pues dejarse hacer, y se pueden inventar un orgasmo y no pasa nada. El chico no se lo puede inventar. Entonces, ahí sí que es verdad que los chicos lo viven, bueno, con muchísima más presión, y como lo viven con mucha más presión pues pueden caer también en cosas muy, muy, muy… nada, muy falsas, muy inventadas, pues para eso, para poder presumir de ese trofeo, y las chicas muchas veces les dan cien vueltas a los chicos en ese sentido… Bueno, se los comen con patatas… los pobres chicos van como bobos y las chicas se las saben todas. Ahí sí que hay muchas diferencias. **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

La majoria de narratives es basen en un ideari de la sexualitat heterocèntrica, falocèntrica i coitocèntrica, el qual situa la penetració penis-vagina en una relació heterosexual com a principal expressió de la sexualitat, idea que corrobora un imaginari social determinat i culturalment hegemònic. També apareix una idea basada en estereotips culturals que situen l'home en una posició de certa innocència i la dona en una posició de domini de la situació a

partir d'una major astúcia, la qual nega o invisibilitza les desigualtats i violències de gènere més comunes, de tipus sexual[110]. Però el que ens interessa destacar en l'àmbit d'*estratègia de masculinització* és aquest "se la juegan". Aquesta narrativa, basada en molts anys de treball amb joves i adolescents en el camp de la salut mental, tracta de determinar què és el que *està en joc* (*is at stake*[111]) en el camp de la sexualitat, que bàsicament té a veure amb el fet de demostrar la masculinitat a través de la potència sexual. La masculinitat (el gènere) es demostra *fent masculinitat* (pràctiques), i *follar* d'una determinada manera (penetrant dones) és una pràctica fonamental en aquest sentit. Fins i tot la narrativa introdueix la inventiva i el mentir com una possibilitat per *performar* i *fer* masculinitat, encara que el relat no es correspongui amb la realitat. L'home penetrador[112], simbòlicament i fàcticament central en l'MH, explica també per què els homes psiquiatritzats destaquen com a principal preocupació la impotència quan fan referència als efectes secundaris dels neurolèptics[113].

Com hem apuntat fins aquí, el model de sexualitat normatiu (hegemònic) i l'imaginari romàntic estableixen una relació circular amb el model de masculinitat i se situen com unes de les estratègies de masculinització principals. Això ens situa en un dels escenaris centrals on s'actua i, per tant, es produeix el que hem anomenat *procés de masculinització*:

> Segons he tingut les meves relacions, que jo he tingut al pas del temps, les relacions femenines, les relacions de *nòvia* o com li vulguis dir, doncs volíem *tios* segurs… a veure, que no han fallat per això potser […]. Jo si fos dona, aspectes que *té que* tindre un home per una dona: seguretat, no? El que diuen en vulgar "amb dos collons", seguretat; faig això perquè vull i ella també ho voldrà, i amb seguretat. Jo no, jo em repasso, em… em marejo, em marejo, marejo, repasso, la cadira està ben ficada, la porta també, o sigui, vaig comprovant per ficar-me segur però com… difícil, difícil […]. Dintre de la feminitat social i sistemàtica d'aquest sistema, *pues* es prefereix un home segur i una dona que es deixi fer, dintre de la societat. No ho dic jo, això; dintre del sistema el que es busca és una dona feminista, no feminista!, al revés, una dona incrèdula, que es deixi fer, per ell ser un mascle segur, que està allà *apoiat* en el seu mascle segur […], però i el meu problema que jo no em *menjo un rosco* perquè no sóc segur de mi mateix, les dones que estan al meu costat volen que no dubti quan demani una birra al bar, "demanes una birra o no demanes una birra? No vagis canviant, que em fiques insegura". **(Toni, 27 anys)**

[110]Partir de la idea que proposa Segato (2010) de dessexualitzar la violència sexual cap a les dones per entendre-la com una expressió de dominació.
[111]Idea que fan servir Lawrence *et al.* (2007) i que hem mencionat altres vegades.
[112]El qual dona també un cert estatus dins del marc de les pràctiques sexuals entre homes.
[113]Vegeu nota al peu 94.

De nou, aquest fragment de narrativa ens permet explicar i situar el terreny subjectiu i relacional, la construcció de la masculinitat en el camp del patiment mental. Un ideal de masculinitat -la seguretat- que s'ha de demostrar per assolir-ne un altre: l'heterosexualitat efectiva, la qual cosa es *corporalitza* a partir de tenir "dos collons". Els genitals masculins, en aquest cas, i com hem vist al capítol 5, representen la masculinitat i demostren que el sexe (biològic) no deixa de ser un element clau, també en l'àmbit simbòlic, de la masculinitat cultural. *Tenir collons* vol dir ser segur de si mateix, no tenir por, i això et permet lligar i mantenir relacions sexuals. Tot plegat travessat per una incompatibilitat entre patiment-trastorn i el model de masculinitat (centrat en aquest cas en la seguretat personal i lligar). També podem observar, de manera més tangencial, un cert desplaçament o *hibridació*, quan el Toni observa i visibilitza que aquestes idees estan basades en estereotips de gènere amb els quals no està d'acord. És, per tant, una masculinitat, com altres elements de l'estructura social, que es reprodueix de manera paral·lela a un cert reconeixement -o, fins i tot, crítica- i consciència de l'estructura reproductiva, la qual cosa fa evident la necessitat d'entendre la relació entre discurs i pràctica com una cosa complexa.

La segona conseqüència, dèiem, té a veure amb les repercussions per a les dones d'aquesta estratègia de masculinització basada en la sexoafectivitat i el model romàntic. En general, durant les entrevistes, hi apareix un diàleg entre dues idees que podem resumir com: la influència cultural i ambiental del gènere en termes de construcció del patiment i de reconeixement de les desigualtats, d'una banda, i una certa resistència a donar massa pes a l'argument primer (arguments culturals i socioeconòmics) a partir de la lògica, central en el camp *psi*, del *cas per cas* (tot depèn de cada subjecte), de l'altra. Posem un exemple de cada una de les posicions, les quals moltes vegades es combinen i són expressades per la mateixa persona:

> De todas maneras, pensemos un momento; yo creo que si llega un chaval a consulta con 15-16 años y tiene una tendencia promiscua a la sexualidad y a acostarse con chicas, no sé qué, y llega una chica con la misma conducta, no es lo mismo, no lo tratas igual […]. Y eso lo vivimos nosotros… Nosotros, aunque seamos mayores, nosotros la juventud, una chica que tenía relaciones sexuales era una puta y una chica que no ha tenido relaciones sexuales es una imbécil en este momento. Es una monja, ¿de qué va? **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves-adolescents, 22.11.2017)**

> [A la pregunta de si existeixen estratègies diferents entre nois i noies a l'hora d'afrontar o superar el patiment.] Sí, però jo et tornaré a dir *lo* mateix; sí, hi ha estratègies diferents, però jo no les puc generalitzar […], s'hauria de veure cas per cas. **(Montse, directora del CSMIJ, 17.01.2018)**

Aquesta tensió entre cultura i subjectivitat per explicar el patiment mental, la qual recorda molt la tensió entre biologia i cultura a l'hora d'explicar els patrons de gènere, apareix constantment en les disciplines i narratives *psi*. Des del nostre punt de vista, respon a una dicotomia fictícia, o si més no problemàtica, entre sexe (biologia) i gènere (cultura[114]) -entre allò innat i personal i allò condicionat per l'ambient-, la qual, de vegades, s'ha fet servir per analitzar el procés de construcció social de la desigualtat de gènere, però altres vegades s'ha fet servir, per part de postures immobilistes, amb l'objectiu d'essencialitzar i naturalitzar el gènere. Com dèiem, aquesta dicotomia o dicotomització ha estat magistralment posada en dubte i discutida per autores com Fausto-Sterling (2000) o Butler (1993, 2007), les quals la defineixen com a entelèquia creada per les ciències positivistes. Segons aquest paradigma, no podem parlar del que és subjectiu sense analitzar el que és cultural, i viceversa.

Fet aquest apunt previ, que continuarem analitzant durant el proper capítol, podem tornar als efectes del model masculí en termes de violència cap a les dones. En les narratives hi apareix, de manera bastant recurrent, un diàleg sobre els efectes de la violència masclista en les noies joves en termes de patiment mental, sobre els canvis i la seva evolució històrica i sobre la responsabilitat o posició del jovent davant d'aquestes violències. En molts moments, tant els professionals com els nois entrevistats reconeixen un certa hibridació o transformació dels models de gènere -resultat dels moviments, les polítiques i els estudis feministes-, i fins i tot una voluntat de canvi generalitzada. Hi apareixen també idees relacionades amb una "època patriarcal (passada)" i un model de feminitat hegemònic, sobretot quan parlem de desig i cànons estètics ("dones fèmines"):

> O sigui, encara queden moltes qüestions, no?, de l'època patriarcal, no?, de noies amb el seu rol, el viuen molt com estar sotmesos a un noi o *algo* així, *lo* qual evidentment jo crec que la idea no és… o sigui, l'educació és molt important i és molt necessària, però hi ha *algo* de la seva elecció, i això és *lo* que s'ha de treballar […]. Continuen així, de l'*Antiguo Régimen*, per dir-ho així, o, per altra banda, l'adscripció a coses noves, no? Però també d'una manera un punt rígid, de vegades, com "esto es así porque sí", i dius: "*bueno*, però tu com ho sents?, o com…?", però també fa la sensació que les noies

[114]Vegeu el segon apartat del capítol 1.

> tenen més opcions, no sé com dir- ho, no?, de coses que ja estan una mica més construïdes en el discurs, que s'ha fet tota una feina, no? A nivell social perquè estiguin més construïdes, i es poden adscriure una miqueta més a tot això. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

> Per mi no té cap conseqüència, ara t'ho torno a repetir, no vull ser masclista però no m'agrada una Barbie rosa i una princesa però sí que m'agraden dones *fèmines*, i què vols dir amb feminisme? Què vol dir *fèmina*? Clar, una dona que no sigui una Barbie, tampoc, però que es cuidi… perquè m'he trobat… [*Riu.*] No et parlaré ara… M'he trobat cada *tia* que dius… li falta, li falta *algo*, que es depili les cames, per exemple. **(Toni, 27 anys)**

També apareix la idea de desorientació davant dels canvis recents, suposadament molt sobtats, i una certa responsabilització de la violència masclista que recau en les noies que la reben, idea culturalment molt extensa:

> Una, que sembla que hi ha determinats estereotips socials que han caigut i en canvi continuen operant, continuen operant, per exemple això que deien. El jove que tracta la jove, *nòvia* o és igual, amiga, que fa lligam amorós, per dir-ho així, entre cometes. I aleshores li diu: "si vesteixes de tal manera ets una puta", "si no sé què… tal". Jo crec que això que sembla que ara amb tota aquesta *apertura* que hi ha, no hi hauria de ser i en canvi es produeix, això produeix efectes en les noies, encara que sembli que no. "Que yo salgo con quien quiero" *i tal i qual*, però a nivell íntim, no sé com explicar-ho, produeix efectes […]. Sí, moltes noies que reben violència en la relació amb el *nòvio*: "no vagis amb no sé qui, fes això, fes allò, això no està bé que ho facis, ets una puta si fas això" […]. Si ho mires des del punt de vista dels avenços socials, *pues* sorprèn, no?, perquè en un moment en què això es parla molt, en què hi ha no sé quanta prevenció i promoció de la salut i tot *lo* que vulguis… I, en canvi, igual que els embarassos adolescents, que evidentment hi ha molta divulgació, hi ha molt tal, es fan moltes coses, però llavors resulta que augmenten els embarassos adolescents; llavors jo crec que això és una cosa que sí que val la pena que ens ho plantegem, no només des d'un punt de vista clínic, sinó des d'un punt de vista social. **(Montse, directora del CSMIJ, 17.01.2018)**

En aquest sentit, reproduïm també un fragment d'un grup focal fet amb dues professionals del camp de la salut mental infantojuvenil. En aquest cas, a mesura que avança el diàleg, es posa en dubte si aquesta violència ha crescut, si és una percepció subjectiva o si és que es detecta més perquè el context ha canviat:

> M: Jo crec que les noies poden establir mecanismes de sotmetiment que feia temps que no veia, no?, cap als nois perquè és com evitar la soledat com sigui, i sentir-se estimades com sigui.
> E: Això passa amb les noies?
> M: Sí, jo diria que passa més amb les noies, sí.
> J: Sí, això és una cosa que ens crida l'atenció, com un rebrot de relacions molt masclistes, no?, entre

> nois i noies adolescents, molt masclistes. Inclús de situacions, això, de violència, i de maltractament, de nois cap a noies. I de…
> M: I de dependències extremes…
> J: I assumides, assumides per les noies. Sorprenentment, a vegades.
> E: Però quan dius un rebrot dius que hi ha d'haver-hi una baixada? I que torna a pujar o que sempre hi ha estat?
> J: No sé si és que sempre hi ha estat. Almenys ara és més present. No sé si hi era, quelcom que hi era i no ho detectàvem tant, però jo diria que ara ho detectem més potser, també perquè hi estem més a temps, no? A nivell social, també s'hi està. Hi ha més alerta i, per tant, també ho captes més. Però jo diria que… que ho veiem més, segur. Igual que parlàvem abans de la violència filioparental, probablement sempre ha existit, però ara n'hi ha més, o almenys la detectem més, saps? I jo crec que és que probablement són les dues coses. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, i Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

Ja se sap que la violència masclista que reben moltes dones, dins i fora de la parella, té uns efectes directes en la seva salut mental i genera o augmenta moltes de les situacions de patiment mental (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, García-Moreno i Study WHOM, 2008; Lila, 2010; García-Oramas i Matud-Aznar, 2015). Analitzar les estratègies de masculinització com a productores de dominació home-dona -i de les violències com a mecanisme per al sosteniment d'aquesta desigualtat o relació de poder- és fonamental en l'àmbit antropològic, dins del camp feminista i de la salut, però també per pensar l'atenció-intervenció en el camp de la salut mental de manera complexa. Amb aquest estudi volem aportar elements per a una comprensió de les violències basades en el gènere (*gender-based violence*[115] -o GBV-, en anglès) com un factor generador de patiment mental i, per tant, com un àmbit que cal abordar si es vol plantejar la salut mental de manera col·lectiva.

En general, i segons les narratives analitzades -dels professionals, especialment-, pensem que existeix una identificació d'aquesta relació de causalitat entre desigualtats estructurals – violències i patiment mental. I, en general, apareix una voluntat transformadora pel que fa a aquestes desigualtats de gènere. Tot i això, continua havent-hi alguns obstacles importants en el camp *psi* a l'hora d'abordar aquest tema. En primer lloc, com hem vist, hi ha

[115]Les *violències basades en el gènere* (GBV, en anglès) inclouen totes les violències que estan relacionades amb el sistema sexe-gènere com a estructura de poder. Per tant, inclou les violències contra les dones pel motiu de ser-ho, les violències LGTBI-fòbiques i les violències cap a qualsevol persona per no complir els mandats de gènere hegemònics (per exemple, homes i dones amb una expressió de gènere no normativa).

algunes resistències a l'hora de reconèixer com el gènere condiciona els processos de salut/malaltia(patiment)/cures en tots els àmbits. Això és resultat d'un abordatge de la subjectivitat com a quelcom que opera amb una certa independència dels factors socioculturals i econòmics (el *cas per cas*). I, en segon lloc, apareix una certa responsabilització de les noies que pateixen violència ("assumides per les noies"…), que dificulta el fet de posar el focus sobre les masculinitats i les estratègies de masculinització. Amb això no estem plantejant la necessitat de deixar de treballar amb les noies joves que reben violències, sinó més aviat la necessitat d'articular les diferents iniciatives polítiques, professionals i comunitàries a partir d'un enfocament que situï al centre de la problemàtica els processos de masculinització com a generadors de patiment mental (en homes, en dones i en identitats de gènere no binàries). I, per tant, considerem que aquest és un camp que cal explorar per tal de millorar el circuit d'atenció i prevenció en salut.

## 7.3. | Homes que pateixen: maneres d'expressar i abordar el malestar

> En general, el noi, l'home, té menys tendència a demanar ajut, mentre que la noia o la dona té més tendència a demanar ajut, d'aquí que quan a vegades es diu: "*bueno*, és que aquesta malaltia té una major prevalença amb dones", a veure, té més prevalença en dones, entre d'altres coses perquè les dones tenen més tendència a consultar. I, per tant, amb certa freqüència hi ha molts casos d'homes que no arriben i, per tant, no queden recollits per les estadístiques. **(Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisi d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

> Ara em feies pensar… Una companya d'hospital psiquiàtric, d'ingressos, que em deia que en les veus, o sigui, en això d'"escolto veus", en els adolescents la veu més corrent que sent el noi és que li diuen "marica", i la veu que [sent] la noia és "puta"; no sent lesbiana, puta. És curiós, vull dir… jo crec que això té *que* veure molt amb el gènere. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, 06.11.2017)**

Fins ara ens hem centrat principalment en les causes, és a dir: quins elements generen i reprodueixen els valors associats a la masculinitat hegemònica -com a construcció dinàmica- en el camp de la salut mental? Ara ens toca aprofundir una mica més en les conseqüències: quines són les maneres *generitzades* d'expressar i abordar el patiment subjectiu? Aquestes dues preguntes, tot i les diferències evidents entre els dos tipus de dades i anàlisis, s'inclouen

també en l'estudi presentat al capítol 4 partint dels resultats de l'informe FRESC (2016). Així com, gràcies a la primera anàlisi realitzada sobre les enquestes, es confirmava una tendència diferenciada d'expressar el malestar en funció del gènere entre els adolescents, aquí volem analitzar dades qualitatives (de menys població però amb més profunditat), extretes de les entrevistes, el diari de camp i els grups focals, sobre les formes de patiment masculí o masculinitzades, i la manera d'expressar el mateix en relació amb la masculinitat.

En general, la majoria d'entrevistes fetes a professionals del camp de la salut infantojuvenil fan referència, segons el que observen des del seu lloc de feina, a un context on existeix un patró de gènere clar, pel que fa al tipus de trastorn i a les maneres d'expressar l'aflicció. Val a dir, això sí, que el cent per cent d'aquests professionals provenen del camp de la psicodinàmica (psicoanàlisi) i, per tant, en cap cas no és un grup representatiu de l'atenció professional existent. Aquesta anàlisi, amb matisos però compartida, comença amb el que hem reiterat fins ara: l'estigmatització de la vulnerabilitat masculina, la qual situa els homes en una tessitura impossible de resoldre, amagar el que és inherent a la vida i que es fa evident, amb una rellevància especial, en moments de crisi o patiment més pronunciats. Aquesta relació entre masculinitat i invulnerabilitat es converteix en menys demanda d'atenció i ajuda, de manera que confirma la tendència analitzada a partir de l'estat de la qüestió realitzat prèviament (capítol 2):

> També això a nivell social, no ho sé, això crearia molt de debat, suposo que sí i estaria bé parlar-ne, però tinc la sensació que perquè escoltes dins o fora de les consultes és comprensible que una dona vingui aquí, pugui plorar, pugui queixar- se, i és com un factor associat o es construeix de la manera de… sensible, no? Se li dona una etiqueta de sensible. En canvi, un noi o un home que plora està construït com a dèbil o com a incapaç. I penso que això fa bastant de mal, a l'hora que els nois i els homes es deixin caure per aquí, si és que realment ho creuen oportú, no? És el "jo no necessito res", però després *te'n dons compte* que… **(Dani, psicòleg del CSMA, 01.03.2018)**

> En salut mental hi ha una evidència de la demanda, que jo no tinc l'explicació, però em fa la impressió que és cultural, que és que en serveis infantils la proporció més alta de consulta és de nois i en serveis d'adults la proporció més alta és de dones. L'adolescència estem una miqueta a meitat de camí. Per exemple, l'últim estudi que ha fet l'Ajuntament de Barcelona, sortia que havia augmentat la demanda d'homes adults. I la de noies adolescents. *Bueno*, què és? Que no demanen per què? No? Què passa? Perquè després l'índex de suïcidi és molt alt en homes. Aquests que no consultaven igual s'estaven menjant amb patates els seus problemes, quan jo crec que és cultural. No crec que sigui una qüestió de gènere realment… *Bueno*, de gènere afectat per la cultura. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, 06.11.2017)**

Aquest darrer fragment confirma, en primer lloc, una dada molt interessant: durant l'adolescència-joventut, moment en què es despleguen les principals *estratègies de masculinització* analitzades (apreses durant la infància però encara latents durant aquesta etapa), és quan canvia la relació entre homes i dones pel que fa a la demanda d'ajuda i atenció. És, per tant, a mesura que es fan grans que els homes apliquen més el mandat de no demanar ajuda ni mostrar vulnerabilitat. En segon lloc, apareix una mala comprensió, o si més no confusa, del concepte *gènere*, el qual es contraposa a la cultura com si es tractés del sexe (dimissió biològica). Podem entendre-ho com una confusió entre sexe (dimensió biològica) i gènere (dimensió cultural) o com una voluntat de voler diferenciar el que és innat del que és cultural. Una maniobra de naturalització o essencialització que, com veurem a continuació, en el cas dels professionals *psi*, no es fa a través del cos, sinó a través de la dimensió subjectiva. Reprendrem aquest tema a partir d'un altre retall de les narratives professionals.

Durant el treball de camp, i tal com hem detallat, la relació entre masculinitat, autosuficiència i fortalesa es basa en una idea de feminitat o masculinitat *subalternitzada* i *alteritzada* (no-masculinitat), la qual té a veure amb el fet de mostrar-se dèbil i vulnerable. Alguns dels informants (participants en les activitats del Club) coincideixen que com a homes estan més preparats per afrontar el patiment subjectiu que les dones; són més durs i resistents. Narratives que també les podem entendre, paral·lelament, com a *estratègies masculitzadores* o afirmacions *performatives* de la masculinitat que operen durant l'entrevista:

> A mí, como soy hombre, es distinto. Yo quizás lo puedo superar… y la mujer también puede superarlo, pero igual en caso de si fuera mujer me costaría más superarlo […]. No, es que nos cuesta menos, diferente el caso. Yo te doy mi opinión que, si fuera una mujer quizás, si lo que pasó los últimos 16 años, ¿si me costaría o no me costaría superarlo? Yo digo que, si fuera una mujer, ¿sabes?, me costaría más. **(Iñigo, 26 anys)**

> Que, por ejemplo, [a les dones] les afecta más que a los hombres, yo diría […], o sea, esto de la salud, yo que las afectaría más […], por su debilidad, sus sentimientos, como que son más frágiles, o sea, les afecta más, yo creo. [Els homes] yo creo que somos más fuertes, digo yo, aunque debe de haber chicos que les afecte mucho, o sea, hombres […]. Debería de ser fácil, debería de ser fácil de pedir ayuda porque cualquiera, o sea, necesita de alguien que le dé un buen consejo, de alguien que le guíe, que le ayude en ese momento difícil. **(Nicolás, 26 anys)**

Malgrat aquest fet diferencial, pel que fa al *help-seeking*, entre homes i dones que pateixen -basat en una infinitat d'estudis acadèmics a escala internacional[116]- hi ha molts homes joves que arriben a ser diagnosticats i passen a engrossir la xarxa de dispositius de salut mental. En aquest sentit, el diagnòstic psiquiàtric -entès com l'acte mèdic de convertir els símptomes en signes, que diria Martínez (1998, 2000)- o etiqueta diagnòstica varia en funció del gènere de la persona, en tant que varien els símptomes i la manera com s'expressen, però també perquè varia la manera com són llegits (professionals i entorn) i, per tant, la categoria diagnòstic que els apliquen:

> Quizás en los chicos las consultas son más por problemas de conducta, trastornos de comportamiento, por trasgresiones más, diríamos, más violentas. Las chicas pueden consultar más por lo que diríamos trastornos más depresivos, más emocionales, más de desánimos, más de aislamiento, más… pues de desengaños de amores, desengaños en las amistades, más por problemas del cuerpo, es decir, por trastornos de alimentación […]. Tipología yo diría que más eso, la población masculina son trastornos de comportamiento y abandono de los estudios, y abandono de proyectos… **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

> En el último caso, yo creo que hay ahí una cosa cultural, bueno, digo que, por ejemplo, la manera de elaborar, de liberar ten… la estrategia que hay en el hombre, hay un predominio de la conducta, de darle salida por la acción, hay un predominio de la acción […], hay un predominio en la mujer por una elaboración más emocional. **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves-adolescents, 22.11.2017)**

L'evidència que els processos de s/m(p)/c estan condicionats pel gènere és una cosa que fa dècades que les antropòlogues feministes i de la salut estan analitzant. El que cal analitzar potser amb més deteniment és el com, no el què. Durant el treball de camp, la relació entre feminitat i patiment subjectiu apareix, tal com dirien els epidemiòlegs, com a factor de risc i com a factor de protecció alhora. La feminitat, i especialment les desigualtats de gènere en un sistema mèdic androcèntric i en una cultura patriarcal, provocarien, per dir-ho de manera simple, una pitjor salut mental de les dones:

[116]Weissman i Klerman, 1977; Padesky i Hammen, 1981; Thom, 1986; Husaini, Moore i Cain, 1994; McKay, Rutherford, Cacciola i Kabasakalian-McKay, 1996; Goodwin, Hoven, Lyons i Stein, 2002; Addis i Mahalik, 2003; Berger, Levant, McMillan, Kelleher i Sellers, 2005; Galdas et al., 2005; Wang et al., 2007; Fields i Cochran, 2011; Levant, Wimer i Williams, 2011; Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer i Hubbard, 2011; McCusker i Galupo, 2011; Jeffries i Grogan, 2012; Fridgen et al., 2013; Yousaf et al., 2015a; Yousaf et al., 2015b.

> Muchas veces hay patologías que a esas edades empiezan a tener significados muy distintos, en una mujer que en un hombre, por dos aspectos. Uno, por la cultura, y sin duda, lo que hace un chico en la sociedad está mucho más consentido que lo que hace una chica, es indudable; por lo tanto, se pueden detectar conductas en las chicas que pueden ser tratadas como un trastorno, mientras que, en un hombre, en un chico, no pasa nada. Yo creo que es verdad que una chica llega a tu casa a las cinco de la mañana y llega un chico a las cinco de la mañana y no es tratado igual, indudablemente. Hay eso. Y luego hay patologías, o llámalo como quieras, propias de la mujer y del hombre, que tenemos ciertas diferencias, ¿no? Que no es tanto que somos iguales, sino que hay ciertas diferencias, y en estas edades cuenta mucho. **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves-adolescents, 22.11.2017)**

D'altra banda, la centralitat de les cures (autocures i heterocures) i l'alfabetització emocional (*literacy*) associades a la feminitat tenen un impacte positiu si parlem d'estratègies d'afrontament (*coping strategies*) davant de les situacions de patiment subjectiu:

> Hombre, en general las chicas buscan más el poder confiar en el otro, el poder confiar en una amiga, el poder confiar en un… esa estrategia que tú dices de buscar, ¿no?, alguien que le pueda dar una vivencia de apoyo, una vivencia de sentirse acompañada; las chicas en general lo tienen más fácil, bueno, porque pueden tener siempre una amiga o una prima, o alguien… que la tiene más a mano para confiar. (**Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

> És com si la dona tingués més recursos per connectar-se amb la seva pròpia fragilitat, m›explico? Com si tingués més integrat en *lo* evolutiu que hi han moments fràgils, no sé, em ve pensar això, perquè ho he relacionat amb la menstruació, amb que la dona està acostumada a la fluctuació anímica i física mensual, no? Des de l'adolescència, no? Està connectada a que el cos respon de maneres diferents segons en l'etapa hormonal en la que estigui i que el cos… i el cap també, que sigui fluctuant, llavors jo crec que hi ha una connexió de la dona amb la fragilitat interna, com si pogués tolerar més, potser, en el moment en que no la tolera ja és quan es posa… es posa molt malament, no? **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 23.10.2017)**

> Estem al voltant d'un 60 per cent, 63-62, de dones que venen al CSMA i, en canvi, no arriba al 40, 35-40 per cent d'homes. Jo crec que també això sí que, en aquests anys de 2010 a 2018, que estem ara, cada any, amb població jove, realment l'estadística, i a més a més les impressions que tens és que venen moltes més noies que nois i això crec que té molt a veure amb que la dona sempre, no sé si per més capacitat oratòria, no sé si per més capacitat de poder connectar a nivell emocional amb els seus problemes i poder-los transmetre, veuen molt més un factor d'ajuda venir aquí que no pas els nois. **(Dani, psicòleg del CSMA, 01.03.2018)**

Les tres darreres narratives, amb unes certes dosis d'essencialització de la feminitat, revelen en general una una feminitat més capacitada per reconèixer la vulnerabilitat pròpia

i expressar-la, en contraposició a la negació masculina del patiment. D'altra banda, no posen en cap moment, i això és interessant, l'èmfasi en la manera com les desigualtats i les violències estructurals generen més patiment en dones o en una tendència mèdica que *patologitza* determinades expressions associades a la feminitat (cas paradigmàtic de la depressió).

En general, durant les diferents entrevistes amb els professionals, l'èmfasi, a l'hora d'analitzar les maneres d'expressar el patiment i el malestar, no es posa tant en el sexe o la identitat de gènere com en els perfils femenins i masculins, la qual cosa respon al punt de vista ètic (en aquest cas, interpretació externa dels professionals) sobre la manera d'expressar el gènere de la persona en termes de patiment subjectiu, però sense que aquesta interpretació sigui compartida pels anomenats *pacients* (dimensió *emic*):

> Més que si és home o dona, hi han com perfils més actuadors i perfils més reflexius o més introvertits, no?, que… potser tendeixen més els homes a ser més actuadors, generalitzant moltíssim? Pot ser, podria ser, però actuadors des de l'acte, des de l'acció, no des del teatre, sinó des d'actuar. Si ho generalitzés i ho extrapolés al màxim, però que després no és tant així, si observes bé, jo ho dividiria no tant amb el gènere genètic, no?, sinó amb unes altres qualitats que potser són més de gènere, però que no tenen a veure fenotípicament si ets home o dona, sinó que són perfils d'actuació de gènere, però que no té a veure si ets físicament un home o una dona, *vale*? Com potser faria un perfil més masculí i un perfil més femení, potser això sí. Llavors, ja potser el que és més masculí el posaria en l'acció, en resoldre-ho des de l'esport, des de l'acte, des de fer coses, de fer un moviment, des de… no? I el que pot connectar més. Connectar més fins a l'extrem de connectar però no poder-ho compartir amb l'altre, de tancar-te, aïllar-te, no poder verbalitzar el que et passa, no poder entendre el que et passa, no? No sé si et contesto. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 23.10.2017)**

La psiquiatra aporta, com ja hem analitzat anteriorment, una idea que faria les delícies d'autores com Fausto-Sterling o Butler, quan parla de *gènere genètic*. De manera més o menys conscient, el que ens diu aquest fragment és que el que és determinant a l'hora d'expressar el malestar o el patiment d'una manera més *actuadora* o més *inhibida* depèn d'elements culturals i no té res a veure amb el sexe i la dimensió biològica. O, en tot cas, podem inferir que la genètica/biologia és construïda en funció de l'aprenentatge de gènere (cultura i ambient) i no al revés. Aquesta explicació, potser amb uns altres termes però amb el mateix contingut, l'hauria pogut fer qualsevol constructivista social, però l'interessant és que qui diu que *tot és gènere (tot és cultura)* és una psiquiatra. El que planteja aquest fragment, per tant, és la possibilitat de transcendir el cos i el "sexe biològic", però mantenint

una *dualització generitzada* que afecta la interpretació del símptoma. Per tant, aquesta interpretació reforça una de les idees principals del nostre estudi, presentat al capítol 4, a partir de les dades sobre salut i adolescència de l'informe FRESC, segons la qual el sexe (vinculat a la identitat de gènere, excepte per a les persones trans) no és capaç de capturar o d'explicar completament les maneres d'expressar el malestar. En altres paraules, hi ha dones *cis*[117] que tenen una *manera d'expressar el patiment* més masculina i homes *cis* que presenten una *manera de patir* més femenina. Tot i això, les estratègies d'afrontament (*coping strategies*) o de canalització del patiment subjectiu dependran de les possibilitats culturals que es donen a una persona pel fet de ser llegit com a noi o com a noia. Per això el sexe continua sent una variable insuficient però més explicativa que tota la resta en termes de salut mental i gènere. Això explica que, en el cas de les persones socialitzades com a homes, parlem més aviat d'una tendència a l'externalització dels *símptomes*, els trastorns de conducta o el consum, sobretot:

> Sí que hi ha una diferenciació, la majoria dels nanos nois ens arriben per trastorn de conducta, per dir-ho així, una cosa més cap enfora, més explosiva, però és que jo crec que això és bastant idiosincràtic de l'home. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

> Els nois estan més del cantó de trastorns de conducta, violències, tot aquest calaix de sastre dels trastorns de conducta, que també inclou actes no sé què, agressius no sé *quantos*. Això és un patró que amb els anys es va mantenint. **(Montse, directora del CSMIJ, 17.01.2018)**

> Nosaltres, en el centre, tenim però una *abrumadora* majoria de nois i molt poques noies, no? Això vol dir que les noies no tenen aquests problemes? Els tenen però probablement encara actualment aquests problemes no requereixen dispositius d'alta contenció, com pot ser el dispositiu en el que jo treballo, mentre que amb nois, aquestes mateixes problemàtiques mentals tenen unes manifestacions conductuals molt més brutals […]. Aquí el gènere jo diria que actua no tant per diferències de prevalença homes-dones, en relació amb determinat trastorn, sinó que actua a través de com amb les noies es manifesta d'una determinada manera i amb els nois es manifesta d'una manera diferent, aquesta és una mica la percepció que jo tinc […]. El model de masculinitat és un model que està més associat a l'expressivitat, a la conducta, no?, a la descàrrega motora, no? […] Per exemple, crisis d'actuació violenta, per part de noies, en el centre on jo estic, doncs pràcticament no en tenim cap […], ja sigui per les hormones, ja sigui pels patrons culturals o per les dues coses […]. Amb nois aquestes mateixes problemàtiques es manifesten d'una manera molt més conductual, molt més motòrica, mentre que amb les noies es pot manifestar d'una manera més inhibida, més silenciosa, més subtil, no? De fet,

[117] Quan hi ha una correspondència entre sexe de naixement – gènere assignat i la identitat de gènere.

> jo podria dir les noies que van passant pel nostre centre, *pues* fan molt poc soroll. Els nois… quan dic soroll ho dic en un sentit ampli, no? Els nois foten un soroll espantós, i una crisi d'un noi poden volar cadires… **(Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisi d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

Aquesta menor presència s'explica en gran part per la socialització de gènere, a partir de la qual els homes aprenen a expressar el patiment de manera conductual i violenta i el marc cultural de les dones, en canvi, té a veure amb el fet de desenvolupar més capacitat de contenció. Per tant, és en part cert que les *estratègies d'afrontament* en els nois (externalització), i davant del patiment, acostumen a passar més per la violència, el consum, l'activitat física, i això és una conseqüència de les estratègies de masculinització (vinculades a la socialització masculina) analitzades, cosa que identifiquen també alguns dels informants:

> Es complicado. Yo creo que más o menos igual, lo que pasa es que las chicas lo llevan de una manera y los chicos de otra, supongo, no sé. No lo sé… pero yo creo que la depresión es un poco diferente la de las chicas a la de los chicos […]. Tal vez… pero igualmente con similitudes muchas… Pero tal vez una chica más sufre más por ciertas cosas y un chico, en general, ¿eh?, que no tiene porqué, y los chicos por otra […] Sí, lo que pasa es que, bueno, ellos [els professionals] te orientan, lo que pasa es que cada uno elige su camino y yo creo que los hombres normalmente eligirán uno y las mujeres otro […]. Por ejemplo, los hombres supongo que harán más deporte y las mujeres más al ámbito social, a socializarse, vamos. (**Octavi, 26 anys)**

En aquest sentit, en una de les sessions grupals realitzades en el context de l'hospital de dia per a adolescents, s'hi va obrir un diàleg entre nois i noies adolescents sobre medicació, ingressos i gestió de patiment i ho vam recollir al diari de camp de la manera següent:

> Cada persona parla d'efectes de la medicació i dels tipus. Parlen també de si aquesta medicació ajuda o no. Totes/tots coincideixen a explicar situacions en les quals la medicació els ha deixat molt "tocats". Parlem de com durant els ingressos a l'UCA els lligaven en determinats moments i no els deixaven tocar-se entre ells. El Jose explica quan es va intentar escapar de l'ingrés, no va poder i el van agafar entre molts per evitar-ho: "Allí no me podía quedar, no se podía estar." Des que ha aparegut el Joel, el Manel es mostra més *xulesc*, explica més "batallitas" i es fa el dur: "Yo solo pegaba a mis padres y fumaba porros. Vinieron 8 furgonas de los Mossos, entraron, les pegué, pero me pincharon y me desperté en la UCA." Cada vegada em sembla més evident com el gènere condiciona l'itinerari del "pacient" adolescent. El diagnòstic es *generitza* o més aviat es consideren patològics comportaments diferents en funció del gènere. Durant la sessió, l'Ana i la Jana parlen d'autolesions, baixa autoestima, depressió… El mateix perfil que l'Enrique amb una masculinitat molt poc normativa i una expressió de gènere molt femenina. En canvi, el Manel i el Jose presenten un recorregut basat a sobrepassar els límits, en l'agressivitat i a consumir: "fumaba todo el día porros, también en clase", "pegaba a mis padres", "pegaba a la policía". **(Diari de camp, grup d'adolescents de l'hospital de dia, 2014)**

L'adolescència és un moment clau en termes de masculinització/feminització del patiment i les estratègies d'afrontament, però no depenen exclusivament del sexe o la identitat de gènere. Més aviat, com apareix en la narrativa anterior, podem parlar de perfils més masculinitzats i perfils més feminitzats independentment del sexe o la identitat de gènere. Tot i això, no podem fer aquesta anàlisi sense tenir en compte els efectes de la cadena simbòlica i un *sistema sexe-gènere binaritzat* (sexe – gènere – expressió de gènere – preferències sexuals); per tant, si neixes amb genitals masculins serà més probable (per una qüestió d'hegemonia cultural) que t'identifiquis com un home, et comportis com un home i siguis heterosexual. El que sí que cal analitzar són altres *coping strategies* que fan servir alguns dels nois entrevistats que transgredeixen la norma de gènere. I, per tant, les podem entendre com a estratègies d'afrontament transformadores davant del patiment, o si més no, com a *transaccions* (Menéndez, 1984, 2018). Tornar al relat de vida que fa l'Elías (capítol 6) ens permet il·lustrar de manera extensa altres estratègies que apareixen en la seva història, les quals no exclouen l'ús de l'agressivitat i la violència en determinats moments, però sí que ens permeten fer una anàlisi més complexa i àmplia. Vegem alguns exemples d'aquestes altres formes d'abordar i afrontar el patiment mental:

> **Parella i "salvació"** amorosa: En estos años el punto de diferencia más importante que ha habido para poco a poco yo irme sintiendo mejor, para mí el punto más importante, ha sido a Mónica, encontrar a Mónica. Porque ella fue como un soplo de aire fresco, un… como si me llenaran de oxígeno cuando estaba medio ahogado, encontrar una persona de fuera, así, con la que conectases de esa manera y quererse así me dio mucho aire y entonces, ha sido progresivo […], me ha ido ayudando también para mejorar, para ir haciendo cosas, siempre también ha sido muy paciente, muy tolerante, sin estar… o sea, sin presiones […]. Yo lo sentía así y yo creo que ha sido muy clave, además ella es probablemente una de las personas que más tiempo ha estado más implicada en ayudarme a mejorar en estos últimos años y sí que no puedo decir que sea exclusivamente ella, pero ha sido muy clave […], ella siempre me ha ayudado buscando soluciones, buscando formas; por ejemplo, sin ir más lejos, la psicóloga que tengo ahora, que me encanta a mí, ha sido gracias a la Mónica también […]; siempre ha estado allí, cuando he estado mal siempre ha estado allí al lado, me ha buscado soluciones cuando ha tenido que ser algo más práctico tipo esto, o cuando empecé lo de la fundación de los gatos. **(Elías, 24 anys)**

> **Amistat i xarxa:** La figura de Ivan es importante porque es mi mejor amigo, él me ha ayudado de una forma que se preocupa por mí, él quiere que yo esté bien, se interesa por mí… De esa forma, de alguna forma también ver el amor, por así decir, que sienten por ti, pues también es algo que, bueno, te empuja a seguir. No me ha ayudado, a lo mejor, de formas tan prácticas como Mónica, pero si yo estoy mal, yo sé que él está allí también y que él quiere que esté bien, ¿sabes? […], un círculo pequeño, pero de este círculo pequeño todas estas figuras son clave e importantes para mí y no cambiaría ninguna de ellas. **(Elías, 24 anys)**

> **Aficions, altres espais i animals:** cuando yo iba a los gatos, al voluntariado, cuando yo salía de allí, salía satisfecho. Lo dejé también porque me dio un poquito un bajón y estaba un poco atosigado de… no sé, estaba un poco… me dio un poco un bajón y lo dejé al final, pero cuando yo iba allí, yo, salía satisfecho; los estudios, si me van saliendo bien las cosas, pues me satisface. El fútbol me gusta, soy muy exigente siempre con el fútbol; en cuanto a mí mismo, también mucho, pero no es algo que… o sea, a mí me va a satisfacer más si estudio bien y saco buenas notas; yo creo que sí juego bien al fútbol, yo creo que sí. Incluso y lo de los gatos, si yo lo hubiese seguido haciendo, o algún día vuelvo, eso me satisface más a la hora de salir que si he hecho un buen partido […]. Si, de alguna forma, aporto mi grano de arena, aunque sea pequeñito, ayudo un poco a esos gatos que muchos son abandonados, muchos son callejeros y ayudo a su cuidado un poco. Me gustaba y me satisfacía por eso. **(Elías, 24 anys)**
>
> **Teràpia:** Actualmente, estoy en un buen momento anímico […]. Yo igualmente voy trabajando, me voy viendo semanalmente… O sea, trabajando con la psicóloga semanalmente pues aspectos más de estos, mentales o, bueno, allí puedo hablar de lo que quiera, al fin y al cabo. Pero que allí puedo tratar cosas para entender, para sentirme mejor, para desahogarme, no sé, cosas así. Tengo ese espacio que al fin y al cabo puedo hablar hasta de música, si quiero, porque hoy le he leído la letra de una canción porque un día acordamos que podía traer letras de canciones que me gustan y así también podemos abrir o pensar sobre ello. (**Elías, 24 anys)**

Per acabar, en algunes de les narratives *psi* (professionals) hi apareix també una dada estadística que confirma una certa hibridació dels models de gènere pel que fa a les maneres d'expressar el patiment i les estratègies d'afrontament. Dos dels professionals (salut mental i justícia juvenil) entrevistats afirmen que:

> Ha anat pujant la taxa de noies amb trastorns de conducta, tot i que encara et diria que no arriben a ser el 50 per cent, de tots els trastorns de conducta. No sé de què parlaríem, però potser ara parlaríem d'un 60, 40… 70, 30…? *Por allí*… No sé a la ciutadania… **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, 06.11.2017)**
>
> A justícia clarament han augmentat les noies, però no arriben encara a la taxa dels nois. I nois amb trastorns afectius n'hi han, però jo diria que no igualen, tampoc, ni de lluny, a la taxa de noies, diria. **(Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

Aquestes afirmacions ens situen davant de dues qüestions que hem discutit també al capítol 4 a partir de les dades de l'informe FRESC. En primer lloc, la que té a veure amb l'existència (creixent) de casos on el sexe de naixement -a partir del qual es defineix la identitat de gènere en la majoria dels casos- no es correspon amb el *perfil* de gènere a l'hora d'expressar el patiment i que situa la necessitat de buscar noves eines per analitzar la relació entre gènere

i salut més complexes i més enllà d'una categoria *sexe* (o *gènere*) binària que ho englobi tot. En segon lloc, les professionals apunten que la hibridació dels patrons de gènere és més masculinitzadora que feminitzadora, és a dir, augmenten més les dones amb trastorn de conducta, consum, que no pas els homes amb trastorns anomenats de l'estat d'ànim. I això podria tenir a veure amb la relació de poder entre masculinitat (reconeguda i privilegiada) i feminitat (desvalorada i invisibilitzada), la qual pot portar a processos de masculinització també en dones o altres identitats de gènere no masculines. Aquesta segona idea pot ser una possible explicació de la manca de diferències (per sexe) en els resultats obtinguts pel que fa a les subescales de l'SDQ de conducta, hiperactivitat i problemes amb els "iguals". La masculinització de la manera d'expressar el patiment de les noies (sexe femení i identitat de gènere femenina) pot provocar aquest equilibri pel que fa als "símptomes" (o maneres d'expressar patiment) històricament associats a la masculinitat.

## 7.4. | Masculinitats vulnerables: resistències i oportunitats per a les cures

Com diu Levant (2011), la masculinitat és tènue i susceptible de ser perduda, la qual cosa situa les persones socialitzades com a homes en la necessitat i el compromís amb el *fer gènere* de manera continuada. Un altre estudi (O'Connor *et al.*, 2017) afegeix o demostra que com més en risc es troba la masculinitat, més mecanismes -com l'humor homofòbic, en el cas del seu estudi- necessita per reafirmar-se. O'Connor *et al.* (2017) contraposen el que anomenen *precarious manhood beliefs* (PMB) a la utilització de bromes homofòbiques. Segons aquest estudi, els homes, que obtenen una puntuació més alta en PMB, fan més bromes o hi tenen una resposta més positiva, cosa que, per exemple, no passa amb l'humor islamòfob. Això ens podria portar a la conclusió que, com més allunyat es troba un home, en termes subjectius i d'autopercepció, del model de masculinitat hegemònic, més necessita demostrar la seva masculinitat a través d'actituds homòfobes o misògines. Pensem que aquesta conclusió és precipitada o, com a mínim, incompleta, però que conté part de veritat. En aquest darrer apartat, confrontarem i explorarem, a partir del treball de camp realitzat, dues possibilitats: la que plantegen O'Connor *et al.* (2017) i la contrària. La primera, que els homes que s'allunyen del model hegemònic (com és el cas dels homes psiquiatritzats) es mostren més resistents a abandonar-lo o transformar-lo i, per tant, manifesten més resistències al canvi i tenen més necessitat de reafirmar la seva masculinitat a través de

comentaris, actituds o opinions masclistes o LGTBI-fòbiques. La segona ens diu que el fet d'habitar una masculinitat marginal (derivada del patiment mental o psiquiatrització) obre la porta, empeny o dona la possibilitat a viure la masculinitat d'altres maneres, especialment pel que fa a la relació amb la vulnerabilitat. Tot plegat en un context global on el model de masculinitat es troba en procés d'hibridació i travessat per diverses tensions (continuïtat-transformació).

### 7.4.1 Negació i resistències: distància entre el discurs i l'acció

En general, les vegades que hem parlat de gènere explícitament durant les entrevistes o durant el treball de camp, es manifesten contemporàniament dues idees: d'una banda, les resistències a reconèixer com els patrons de gènere afecten un/a mateix/a i, de l'altra, la identificació d'estereotips i desigualtats de gènere, amb una mirada crítica. Aquesta dualitat, que pot tenir a veure amb la distància entre discurs i pràctica, ens porta a pensar sobre la incomoditat que genera el fet d'intentar construir un ideal cultural de masculinitat "nou" a partir de negar totalment l'antic i sense reconèixer les permanències de l'anterior en el temps present. Una de les transaccions principals entre aquell model, vist com a antic, i aquest model, vist com a nou, té a veure amb la capacitat de reconèixer, identificar i manifestar-se en contra del model sexista, masclista i homòfob:

> Uno no tiene por qué actuar de una manera por ser hombre y el otro de una forma por ser mujer ni nada. No… tienes que actuar como tú eres como persona y ya está. Si tú al ser mujer te apetece tirarte un eructo, tíratelo, ¡qué más da! […]. Al fin y al cabo, son personas y ya está, o sea, uno no tiene que tener el deber de hacer ciertas cosas por ser hombre y el otro por ser mujer. Sí que hay cosas que a lo mejor sí que están vistas así que tienen que ser así, por ejemplo hombres con pelo no pasa nada y mujeres con pelo pues se ve como más raro, pero en realidad es que es… que cada uno vaya como quiera, a fin de cuentas tendría que ser así […]. A ver, sí que puede ser que yo vea una mujer con pelo y puede llamarme la atención porque ya está tan instaurado así que bueno… pero, a fin de cuentas, en realidad, que vaya como quiera. En realidad, si lo piensas bien, si lo piensas… a lo mejor lo puedo ver y le puedo decir a Mónica "mira, esta tiene mucho pelo", pero, en realidad, no lo voy a decir como en plan "uy, uy, uy, qué asco". No, pues que vaya como quiera. **(Elías, 24 anys)**

> Que em perdoni la *tia* que m'estigui escoltant, però, en conclusió, tant home com dona tenim els mateixos drets i es *tindrien que* tindre; clar, ja l'educació és la base, llavòrens, si t'ensenyen de petit un Action Man o una Barbie, però està clar que jo sent home i veient aquesta societat i sent tant al segle XXI, jo prefereixo una dona que es cuidi, que sigui *fèmina*, jo dic *fèmina* per dir el fet de que es depila […], que es fica colònia, de que es dutxa molt, de que es mira al mirall i es maquilla, a mi m'excita, és un

> rol sexual també. A mi m'agrada. Ara!, que tenim els mateixos drets, tenim els mateixos drets, ella pot treballar del que vulgui i jo també, clar, només faltaria, ja estem en una societat lliure i democràtica, tenim els mateixos drets però som diferents i, en aquest aspecte, ho remarquen les joguines, ens remarquen… el nostre status, la nostra societat ens marca què els agrada als nois, què els agrada a les dones. **(Toni, 27 anys)**

En els dos casos, hi ha un reconeixement clar del funcionament del sistema sexe-gènere i les desigualtats estructurals, però alhora, de manera menys o més subtil, apareixen pràctiques, reaccions o desitjos que contradiuen aquesta visió d'una "igualtat de drets" formal. Creiem que aquesta tensió entre pràctica i discurs és extrapolable a molts altres contextos masculinitzats. Si analitzem aquestes narratives, per tant, podríem concloure que una determinada forma de masculinitat hegemònica -basada en els estereotips i les desigualtats- ha deixat de considerar-se com a ideal i apareix una manera no masclista de concebre la masculinitat, com a mínim en l'àmbit discursiu. Això, com planteja Hearn (2004), no ens porta a parlar de la desaparició de l'hegemonia, sinó a la necessitat de continuar analitzant quines modificacions s'han produït pel que fa al model hegemònic. I com aquestes transformacions no han perpetuat la masculinitat hegemònica -que es troba en modificació i adaptació constant, en algunes esferes-, però sí l'hegemonia dels homes, que no és el mateix. En altres paraules, si els atributs associats al model hegemònic han canviat, vol dir que el model hegemònic també ho ha fet, però això no vol dir que hagi desaparegut l'hegemonia, simplement s'ha produït un desplaçament. El discurs hegemònic, per tant, passa ser un discurs *igualitarista*, però això no modifica les pràctiques -en aquests dos casos, tenen a veure amb l'estètica femenina i el desig sexual heterosexual- o, com a mínim, no de manera automàtica. Això genera una incomoditat en molts nois fruit sobretot de la tensió o distància entre *fer* d'home -elements que apareixen en les *estratègies masculinitzadores* i que tenen la capacitat de perviure durant molt de temps- i mantenir un discurs *igualitarista* -associat a l'home, blanc, capaç, heterosexual i modern. Una manera de resoldre aquesta distància o incomoditat té a veure amb el fet de situar-se fora, en l'àmbit personal, de la influència que té aquesta masculinitat social sobre un mateix:

> Esto [els estereotips de gènere] son tonterías […]. A mí, no [me afecta] y mi entorno no. Según mi entorno y como soy yo, no. O sea, pero sí que es verdad que yo no me he movido en entornos muy de cúmulos de gente, de chicos, de grupos y tal. **(Elías, 24 anys).**

Bonino (2004) defineix vuit obstacles o resistències[118] que impedeixen als homes relacionar-se i comportar-se de manera equitativa, i un té a veure amb el conflicte entre velles i noves expectatives "intra e intersubjetivas":

> "Actualmente existe un desajuste y una tensión subjetivos de muchos varones provocados por el conflicto entre las exigencias externas e intrasubjetivas de las prescripciones genéricas (que cambian muy lentamente), los obstáculos sociales para cumplirlas (imposibilidad de ser poderoso e importante en muchos ámbitos) y las nuevas exigencias de roles y status que socialmente se exigen a los varones. Este desajuste tiende a compensarse en los varones responsabilizando a las mujeres, reaccionando con un atrincheramiento, impermeabilización o huida hacia la soledad o hacia posiciones tradicionales autoritarias o paternalistas. Estas actitudes pueden hacer salir provisionalmente de la impotencia vital que frecuentemente el desajuste provoca, pero muchas de ellas perpetúan la desigualdad." (p.4)

Com diu el psicòleg argentí, davant d'aquest desajust o exigències creuades hi ha una tendència a responsabilitzar les dones, especialment les dones feministes. I afegiríem que es recorre a la posició de víctima com a manera de resistència davant dels moviments feministes, les exigències d'equitat o les denúncies públiques contra les violències masclistes. Caldria discutir, en termes d'intervenció educativa, com aquestes resistències s'entomen o s'aborden a l'hora de treballar pedagògicament amb nois joves i adolescents, per evitar l'atrinxerament davant del que senten com a atac o que perceben com a discurs *castigador* cap als homes. En l'àmbit antropològic, ens interessa veure com es construeixen aquestes narratives en el nostre context i com a conseqüència del desplaçament o qüestionament, cada vegada més majoritari, dels models violents i dominants, sense un abandonament de la relació entre masculinitat i domini. Il·lustrem-ho amb dues narratives més:

[118] "La pertenencia a un grupo dominante, la autoestima asentada en el privilegio, la igualdad como amenaza, la igualdad como inasimilable o impensable subjetivo, el modelo masculino de igualdad, la autosuficiencia y sus limitaciones, conflicto entre viejas y nuevas expectativas intra e intersubjetivas y otros factores (desde la desconfianza al miedo a lo nuevo)."

> En relación al tema del maltrato, pues que no se ve… tú si pones la tele verás mil casos que en los mil casos es el hombre el que pega, o el hombre es el que agrede […], pero hay muchos casos en que la mujer es la que pega y el hombre pues, nada, es indefenso […]. No, porque siempre está el tópico de que el hombre es el violento… **(Óscar, 25 anys)**

> Som iguals, de drets som iguals, però mascle i dona som diferents, aquest és el meu pensament […]. Llegint el Wikipedia, què és el feminisme? Igualtat entre gèneres, jo estic d'acord, si això és així, jo soc feminista, però sí que hi ha un rol sexual per a cadascun i no parlo de discoteques, que les dones no paguen i els homes paguen per lligar, a mi això em sembla lamentable, això no em sembla igualtat de gènere, però som iguals de drets però diferents, jo tinc *rabo*, jo tinc *rabo*… […]; segons el que entenc, encara que estigui *retrassat* i digui que tinguin els mateixos drets però estigui equivocat, doncs les dones han de ser més *fèmines.* I quan dic *fèmines* vull dir més… més amables, més amoroses. Una altra convicció tenen les dones, a veure, tenim els mateixos drets però tenen un altre pensament, som home i dona, no som iguals […]. Demà és el Dia Internacional de la Dona i, a veure, jo no vull ser un *puto* masclista, però a mi m'expliquen els meus vells, m'expliquen els meus pares, els meus avis que abans la dona no tenia llibertat ni per treballar, no, ni per estudiar […]; ara, ma mare és dona i té poder sobre mi […]. Soc jo el que estic diagnosticat. Jo no soc dona i també em sento desafortunat, vull dir, amb això no vull fer-me masclista, però una dona té menys oportunitats? Bueno, a veure, la societat està canviant molt, no? […] Quan vaig anar a treballar, la meva encarregada era una dona; *bueno*, eren quatre dones, o sigui que aquí jo, desigualtats entre gèneres no l'he vist […], una dona em deia: "fes, treballa això" i jo feia la meva feina. Jo no veig problemes de gènere dintre de la meva experiència, jo no veig problemes de gènere, tant se val home o dona. **(Toni, 27 anys)**

D'aquesta segona narrativa, se'n desprenen idees que confirmen aquest diàleg o tensió entre el discurs de la igualtat ("jo soc feminista") i resistències o obstacles a l'hora d'aplicar aquest discurs. Apareix primer una inversió de la jerarquia o relació de privilegi-opressió ("les dones no paguen i els homes paguen per lligar") per situar-se en el paper d'oprimit. També apareix una essencialització o naturalització de la diferència ("som iguals de drets però diferents, jo tinc *rabo*", "tenim els mateixos drets però tenen un altre pensament, som home i dona, no som iguals") i el que podem anomenar *falsa il·lusió d'igualtat* o *miratge de la igualtat* ("jo no veig problemes de gènere dintre de la meva experiència"), idees que construeixen un imaginari basat en un passat patriarcal en contraposició a un present més equitatiu, les quals tenen part de veritat però sovint, com acabem de veure, s'utilitzen per minimitzar les desigualtats actuals. Finalment, apareix en aquesta narrativa una darrera idea interessant en termes d'anàlisi del discurs, la qual té a veure amb la posada en valor d'altres eixos de desigualtat més enllà del gènere ("Soc jo el que estic diagnosticat. Jo no soc dona i també em sento desafortunat"). Malgrat que l'informant ho utilitza per qüestionar la desigualtat de

gènere[119], el que fa és introduir una particularitat del nostre camp d'estudi, diferent d'altres contextos masculinitzats, segons la qual el patiment subjectiu o la diversitat funcional canvia la situació jeràrquica dels homes diagnosticats i els col·loca a cavall entre la subalternitat i l'hegemonia, en funció del context. I és segurament a partir d'aquesta situació liminar que podem entendre gran part de l'etnografia presentada fins aquí. Una altra possible explicació de la interseccionalitat aplicada al nostre camp (gènere i salut mental) és la que plantegen García-Santesmases i Pié-Balaguer (2015), segons les quals els rols de gènere (tant masculins com femenins) estan negats a col·lectius com l'estudiat, de manera que hi ha un conflicte permanent en el camp de les identificacions que, a més a més, pot estar fent reeixir alguns comportaments de gènere tradicionals (García-Santesmases, 2015). En altres paraules, i seguint la tesi de la *(in)habitabilitat*, ser home o ser dona (en termes hegemònics), amb un diagnòstic no és possible, els homes i les dones *psiquiatritzats* estan abocats a altres masculinitats i altres feminitats que de vegades dificulten ser crítics amb els rols tradicionals.

Alguns professionals expliquen aquest moure's en el llindar o en la intersecció entre rol de gènere (masculí) i condició de persona psiquiatritzada en termes de desubicació, perplexitat i dificultat per als nois joves:

> Clar, però en algun grup, també amb nois, apareixen qüestions com que ells parlen d'*hembrismo*, a mi em va sobtar molt aquest terme […], ells tenien com la percepció de que les noies tenen un tracte de favor. Jo no sé si és tant així perquè evidentment és una cosa de percepció d'ells, com el fet que potser sí que el… la sensació de que les noies tenen més accés a unes certes identificacions que estan més construïdes, i que el món ha canviat molt, per *lo* tant, *el hombre de antes*, no?, ja no és un model, no?, així *per se*, aquesta cosa de l'*hombre es el fuerte*, i tal, *el que trabaja, el que trae dinero a casa… no sé cuantos*. I, clar, en diluir-se una mica el model masculí, per una banda, jo crec que els és una mica difícil trobar on ubicar-se, no?, perquè, *lo* que dèiem abans, o sigui, perquè tu li diguis a un noi que ell *lo* que ha de fer és compartir les tasques i no sé què i no sé…. *nanai*… per això no ho farà, o sigui, d'alguna manera ha de veure si ell s'enganxa en aquesta qüestió i que això sigui un treball de generacions, no?, de que això pugui ser *algo* desitjable […]. En *lo* laboral també, *pues* molts homes han perdut els seus treballs… I, com sempre, aquesta qüestió entre *lo* social i *lo* pulsional o *lo* constitucional, o sigui, tampoc pots negar que l'home i la dona som diferents en algunes qüestions, el tema és com donar una via a tot això [que] els permeti ubicar-se i els permeti trobar una solució de compromís amb els seus conflictes i les seves tendències, no? I, jo sí que tinc la sensació fa temps que amb els homes, els nois ho tenen una mica més complicat, és com que no acaben de trobar quins són els referents, llavòrens se'n poden anar a referents, massa de la vella escola, no?, massa patriarcals, o quedar-se una mica en l'aire, no? […]. A vegades tens aquesta tensió, que altres nanos es fiquen amb ells, però si el nano està ben ubicat troba la seva manera […]. Jo crec que us explico en la mida que tinc jo mateix una confusió.

**(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 02.03.2018)**

D'altra banda, com hem vist anteriorment, en el discurs professional (*psi*) hi apareix també una tensió entre el reconeixement d'un ordre social i cultural patriarcal i injust, el qual genera desigualtats i violències, d'una banda, però, de l'altra, apareix una cosmovisió basada en quelcom intrínsec a la persona o preexistent al contacte amb la cultura que s'articula a través de la dimensió subjectiva. La psicoanàlisi emmarca part de la construcció de gènere en la subjectivitat, però no com a resultat del contacte amb el context, sinó com una cosa que funciona amb certa independència. L'argument esgrimit a continuació recorda, en part, la naturalització (en termes d'atribuir aquests factors a la biologia i al terreny del que és innat) del gènere, la qual ha servit, moltes vegades, per contradir les tesis *socialconstructivistes* i feministes des de les ciències mèdiques i biològiques:

> Yo lo que siento es que es algo… que esa diferencia que existe, indudablemente existe, y quizás nosotros lo vemos desde un punto de vista de un funcionamiento mental, que no existe tanto, pero claro, desde un funcionamiento más cultural o social o antropológico, existe indudablemente esta… todos los movimientos feministas salen por algo, ¿no? No es una cosa que… todo lo que está pasando ahora, que las mujeres empiezan a hablar de los abusos que han sufrido en todos los sitios pasa por algo… Pero, claro, desde el punto de vista mental nos es más difícil porque en el momento que entras en contacto con las emociones pues todo… no hay tanta diferencia entre el hombre y la mujer, salvo eso, ¿no? Salvo esa función más profunda, desde el punto de vista biológico, ¿no? Que yo creo que hay una diferenciación biológica, que ¿cómo repercute esa diferencia biológica a otras etapas?, a niveles emocionales, a niveles psicológicos, a niveles racionales, pues eso de bu, bu, bu, bum… Pero el arranque sí, ¿no? Que culturalmente a las niñas las visten de rosa i a los niños de azul […], pero ya están ahí proyectándose aspectos también que lleva la persona de proyectar las debilidades y las fortalezas del arranque, ¿no? Y claro que se transmite eso, eso se transmite. Es verdad, yo tampoco me atrevería, desde el punto de vista clínico, a hacer una diferenciación así; la depresión es la depresión.
> **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves-adolescents, 22.11.2017)**

Aquesta narrativa pot ser llegida com a mecanisme de resistència davant de les tesis constructivistes a través d'una maniobra de reïficació del gènere en el cos, i sobretot en la subjectivitat. Resistències en essència diferents de les que apareixen en les narratives del nois, però amb un element en comú: la *subalternització* del factor gènere (d'origen cultural), situat en un segon pla de la construcció subjectiva de la persona, en aquest cas de la subjectivitat masculina.

Però tornem a la idea inicial, a la hipòtesi d'O'Connor *et al.* (2017), segons la qual, com

més amenaçada i precària autopercebem la masculinitat, més necessitem reafirmar-la a partir de maniobres (*re)masculinitzadores*: bromes homòfobes segons l'estudi i, podríem afegir-hi, comentaris misògins i masclistes, demostracions de força, violència o accions que posen en risc la salut i la vida. En aquest sentit, Bonino, quan parla de *micromasclismes* i els classifica, fa referència a la categoria "micromachismos de crisis" (1995, 2005), els quals apareixen en les relacions heterosexuals quan la relació de domini és posada en qüestió o el poder es veu amenaçat. En el nostre cas, podem parlar d'*estratègies de masculinització de crisi.* Revisem, per exemplificar-ho, la descripció d'un taller que vaig fer sobre masculinitats i sexualitat per a homes (entre 30 i 45 anys) amb patiment psíquic:

> Som el Ramón, l'Oriol, l'Imanol i jo. A la presentació, ja l'Oriol deixa clar que vol parlar de sexualitat, especialment de la seva. Parla assumint un discurs molt normatiu, parlant amb expressions amb alt contingut sexual però d'una manera molt masculinitzada. També té moments molt homòfobs, malgrat que després reconeix relacions sexuals amb nois. Parla molt, interromp, es mostra ansiós i presenta idees confuses. Intenta representar un model de masculinitat, però no se'n surt del tot. Potser perquè és menys clar com ha de ser un home normatiu. El que és clar és que ha de parlar de relacions sexuals amb noies i ser una mica homòfob. Fins i tot, l'Imanol, que té una masculinitat tranquil·la i molt diferent, en algun moment intenta fer algun comentari de l'estil, per sentir-se inclòs, però se li nota que no se sent còmode en aquest rol i queda mig ridícul. Abans de començar amb la primera dinàmica, ja estem parlant de masturbació i de relacions obertes. Hi ha molta necessitat de parlar de sexualitat. Molts dubtes, però sobretot moltes ganes de dir […]. Comencem parlant de colors i formes de vestir, però tot porta a parlar de sexualitat. L'Oriol vol demostrar tot el vocabulari que té per parlar de sexe amb noies. Principalment, es refereix al coit i la penetració a partir d'un vocabulari que, aparentment, més rang obté, com més insensible i més superflu o inconcret és: *merengue*, etc. No para d'utilitzar expressions que no coneixem. Parla de la seva activitat sexual (molta i molt plaent), però també mostra preocupació. Té un debat intern entre unes quantes masculinitats -com tots-, però més visible. Ocupa molt l'espai. L'intento anar parant. L'Imanol i el Ramón intervenen menys. Un altre estar, més tranquil. El model de masculinitat hegemònic és present però prou flexible, làbil, imprecís per poder-se adaptar a discursos canviants i fins i tot contradictoris […]. Posem un vídeo que parla de l'expressió de gènere femenina en els homes i del gènere fluid. L'Oriol es posa molt homòfob, poso un límit i l'ambient es fa tens. El Ramón mostra enuig davant dels comentaris i marxa al lavabo. L'Oriol es tanca en banda ¡ aparenta que no hi veu més enllà: "Los gays a los que se les nota y lo van diciendo por allí no me gustan." Posa exemples i quasi ho presenta com una cosa persecutòria. Parlem de sexualitat, novament l'Oriol explica pràctiques sexuals on ell va ser penetrat. És curiosa la capacitat del discurs d'eixamplar-se i ser flexible, l'homofòbia és compatible amb tenir sexualitat plaent amb homes. És molt contradictori i és difícil seguir-lo. Però representa la contradicció de manera nítida […]. L'Imanol, amb tot això, presenta una masculinitat molt més tranquil·la, més invisible. Parla poc de sexualitat, malgrat que diu que té parella i relacions sexuals. Surt del model en tot moment, però en algun moment, quan se'n veu massa lluny, intenta fer algun intent de comentari homòfob, d'una

> manera que es percep com forçada, per no perdre's i anar massa lluny del model. Quan ens allunyem massa del model, això genera desorientació i incertesa. **(Diari de camp, taller masc./sex., 11.2017)**

Aquest fragment aglutina i situa aquesta masculinitat performativa ("Intenta representar un model de masculinitat, però no se'n surt del tot"), contradictòria, i capaç d'establir transaccions entre el model hegemònic i el subaltern, en un context relacional i interactiu. Segurament l'exemple més evident apareix quan l'Oriol fa comentaris homòfobs (molt centrats en la *pluma* i l'expressió de gènere femenina en homes) i alhora manifesta tenir relacions sexuals amb nois. Apareix també aquesta sensació, que totes les persones socialitzades com a homes hem viscut alguna vegada, en la qual es produeix una *transacció* o fins i tot una transgressió del model, i tot seguit apareix una necessitat de "redimir el pecat comès", de tornar a casa, de deixar clar que s'és home. Un comentari homòfob, un gest d'estocïtat o supèrbia, o bé un comentari masclista pot fer aquesta funció d'*estratègia de crisi* i pot restaurar la masculinitat (*compensatory manhood acts*, segons Hearn, 1998, i Schrock i Schwalbe, 2009). Per tant, aquest fragment reforça la idea segons la qual l'amenaça o la posada en dubte de la masculinitat pot comportar maniobres defensives o de restauració de la masculinitat, la qual cosa confirma les tesis d'altres estudis precedents. Aquests estudis afirmen que la masculinitat que se sent amenaçada respon de manera especialment defensiva i discriminatòria contra les feministes i els seus arguments (Maas, Cadinu, Guarnieri i Grasselli, 2003), contra les dones que ocupen posicions de poder (Dahl, Vescio i Weaver, 2015; Netchaeva, Kouchaki i Sheppard, 2015) i contra els homes amb *pluma* (expressió de gènere no normativa) o gais (Glick, Gangl, Gibb, Klumpner i Weinberg, 2007). I aquest element podria ser clau per entendre també determinades manifestacions dels moviments coneguts com a *masculinistes* o *neomasclistes*, associats a l'auge de l'extrema dreta. Però això ja seria un altre estudi.

Per contrastar aquesta hipòtesi -o l'adaptació de la mateixa que hem fet- d'O'Connor *et al.* (2017), necessitaríem establir un marc comparatiu entre el nostre camp d'estudi i altres contextos masculinitzats menys travessats pel patiment psíquic i la *psiquiatrització*. D'aquesta manera podríem comprovar si més distància respecte a la masculinitat hegemònica o més sensació d'habitar una masculinitat precària es transforma en pràctiques més masclistes o homòfobes, o si, per contra, no es produeix tal relació. En no tractar-se aquest d'un estudi comparatiu, de moment, en aquest apartat només volíem explorar, de manera introductòria, aquesta tensió entre discurs *igualitarista* i resistències *(in)corporades* a través de pràctiques o discursos *masculinitzadors*.

### 7.4.2 Relació entre vulnerabilitat i la masculinitat en contextos d'exclusió: oportunitats i punts de fuga

Escriu 5 coses que NO et defineixen com a home (aficions, vestimenta, colors, sentiments):
1. Verd clar/morat – Cuinar – Passejar – Parlar de sentiments, escoltar – Plorar – Jersei amb coll alt, jaquetes amb botons.
2. El ser una persona sensible – Preocupar-se pels demés – Empatia – Preocupar-se per la gent – Voler estimar – No ser rudo (machote)
3. Jaquetes més llargues del darrere – Color rosa el descarto cada cop menys – Afecte cada cop més intrusiu de preocupació pels meus amics/amigues.

**(Diari de camp, taller masc./sex., 11.2017)**

Les perspectives de les cures desplacen -o proposen desplaçar- la vulnerabilitat (primària) al centre de la vida social (Pié-Balaguer, 2019) i aquest és un dels reptes que proposa l'economia feminista a l'hora de dissenyar polítiques públiques i acció comunitària. Però moltes vegades la vulnerabilitat agafa el centre sense demanar permís, sense avisar. En aquests moments, es fa visible passant per sobre d'una societat basada en el rendiment i d'una masculinitat *negadora*. Passa de ser inevitable a ser incontrolable. Segons Mèlich (2010), on hi ha humanitat hi ha ambigüitat i l'inhumà irromp com una presència inquietant per justament recordar-nos que, com diria el filòsof, "no somos humanos porque hayamos erradicado lo inhumano, sino, todo lo contrario, porque no podemos erradicarlo" (Mèlich, 2010, p.34). Molts dels itineraris psiquiàtrics narren aquest desbordament de la vulnerabilitat, un patiment que pot amagar-se en la família, en habitacions o en l'aïllament durant anys, però que en tot cas ocuparà el centre de la vida sense concessions. No creiem que aquest desbordament impliqui una replantejament de la masculinitat, ni de bon tros; fins i tot, tal com acabem de plantejar, pot reafirmar determinats valors associats a l'MH com l'autosuficiència, la duresa o la negació. Però, durant tot el treball de camp i la recerca, un dels principals aspectes per observar ha estat de quina manera aquest desplaçament -forçat, si es vol- de la relació masculinitat-vulnerabilitat genera finestres d'oportunitat en termes d'atenció-cures. En aquest darrer apartat, volem donar quatre pinzellades sobre les possibilitats que aquests desplaçaments poden obrir.

Hem començat recuperant l'exercici (en el qual ens hem centrat per elaborar el capítol 5) que consisteix a escollir atributs que et defineixin com a home, però aquesta vegada hem escollit la segona part de l'exercici: escriure aquelles coses que *no et fan home però que et defineixen*. Aquestes són tres respostes extretes del mateix taller no mixt (per a homes

psiquiatritzats, en més o menys grau) al qual ens hem referit anteriorment. D'entrada, aquest extracte ens permet reafirmar, tal com hem fet durant el capítol 5, que la masculinitat es pot definir a partir d'elements concrets, tant en positiu com en negatiu -de fet, gran part de la socialització masculina es basa a negar allò no masculí o menys masculí. Com veiem, aquesta llista ens permet confirmar la *binarització* i *generització* de gairebé qualsevol cosa, però alhora també ens permet constatar que es produeixen certes transaccions (Menéndez, 1984, 2018) entre model hegemònic i subalternitat. Principalment, i sense voler-ho extrapolar al conjunt, aquesta *hibridació* es dona en el camp de l'estètica ("jersei amb coll alt", "jaquetes amb botons", "color rosa el descarto cada cop menys"), les emocions ("Parlar de sentiments", "plorar i ser una persona sensible") i les cures ("escoltar", "preocupar-se per la gent i afecte cada cop més intrusiu de preocupació pels meus amics/amigues"). Aquesta voluntat, pel que fa a discurs, de trencar amb el model hegemònic, identificar-se amb una masculinitat no normativa o posicionar-se contra el masclisme apareix també en algunes de les entrevistes:

> Eso es una tontería si eres un chico o chica, si eres chico no tienes por qué ser más rudo… no hay cosa mejor que poder demostrar que pueden expresarse contigo […]. Que estar allí en plan "malote", en plan "qué dices", "dónde me vas", "no llores" o "qué me estás contando", no sé, en plan "aquí no te puedes expresar" es una tontería, no sé. **(Elías, 24 anys)**

> Si, yo, por ejemplo, aunque sea chico, yo hay veces que siento vergüenza, a veces, un poco hacia otros hombres o de… […]. Pues, porque los veo un poco… Bueno, el tema del machismo, de… o simplemente porque a veces son garrulos, o simplemente por como tratan también a las mujeres… (Óscar, 25 anys)

> Yo siempre he sido muy tranquilo, muy deportivo a nivel, incluso para el futbol […], yo en mi caso no tengo esa conducta que es competitiva y violenta, o sea, yo siempre busco deportividad. Incluso para las artes marciales nunca voy a dar, nunca voy a dar, siempre voy con respeto, voy como palpando con la mano, con respeto, sin agredir, sin hacer daño, porque no va conmigo eso. **(Tomás, 33 anys)**

Podem veure com el model es manifesta de manera híbrida, ja ningú no vol ser un home "clàssic", com a mínim en l'àmbit discursiu; el problema apareix a l'hora de traslladar aquest discurs a les pràctiques, aquí hi apareixen les resistències i la desubicació o desconcert masculí al qual es referia el Carlos.

Durant el treball de camp i dins del marc de l'activitat de futbol, hem identificat un perfil masculí, *psiquiatritzat*, amb un cert grau de cronificació i normalment etiquetat com a "discapacitat intel·lectual" que representa aquest patiment que es desborda, una fragilitat que esdevé identitat i forma de relació. Homes que, de manera més o menys inconscient,

fan visible la condició humana i certa apologia de la vulnerabilitat. Aquests perfils poden despertar actituds cuidadores per part dels altres homes del grup i, fins i tot, un cert paternalisme, o bé violència en tant que portadors de la vulnerabilitat. De vegades es combinen totes dues. Parlem d'un d'aquests casos:

> Fa unes setmanes que ve el Darío, un noi escarransit, que sempre arriba brut i amb un caminar i expressió malgirbats. S'acosta sempre per dir-me el que li fa mal i el que no entén, quan explico els exercicis diu que no els pot fer, que no els entén, que "no los podré hacer", busca sempre l'educador/a. És un perfil de masculinitat que apareix de tant en tant, aquesta vulnerabilitat visible que contradiu els mandats de l'MH però que aquí està permesa i fins i tot és una manera de relació. Una manera de relació que genera molèstia en un lloc on la queixa sempre és el primer per a molts, on el malestar es transforma en un "no puc", un "no podrem" o en un "si les coses poden sortir malament, sortiran malament". A mig entrenament, el Darío es fa mal, cau a terra per un cop de pilota, fa cara de molt de dolor, demana sortir del partit, als 2 minuts torna i l'aplaudeixen. Ja ha passat tot […]. Només arribar, el Darío ens explica extensament els seus problemes: l'altre dia era la mort del tiet, avui el genoll i el que li diu el seu pare al respecte. El llistat és tan llarg que costa de seguir, pateix però la vulnerabilitat és tan explícita, tan invasiva que costa d'empatitzar-hi. És com una necessitat d'acolliment constant. Unes cures que demana a l'Aina (entrenadora) perquè segurament no vol o no pot demanar- ho al grup […]. Avui, per primera vegada, ha provat de fer de jugador; no ha sortit bé, no tolera la frustració, és pura inseguretat i el judici que sent de la resta el mata. Ha tingut alguns moments de drama *teatralitzat*; en un d'aquests s'ha fet mal, pita falta però la resta diuen que no és res, m'hi acosto i es queixa del dit, m'hi acosto més i sembla que està molt enfadat, intento calmar-lo. Quan sembla que marxarà enfadat, es canvia de roba i diu que vol tornar a ser porter; sembla que el dit no li fa mal ja. M'enfado i li ho dic, però ja està, sembla que només volia cridar l'atenció i era una escapatòria al judici del grup i al seu propi, com a jugador no se n'ha sortit, o això pensa. Relació entre masculinitat i una vulnerabilitat instrumental, *autocentrada*, que serveix per tapar altres coses o reclamar atenció. **(Diari de camp, 2017-18)**

Aquest cas, com altres de semblants, obliga el grup a posicionar-se davant d'una fragilitat que es fa visible i ja no es pot negar. Són perfils que a vegades es fan insuportables pel grup o per persones concretes, en tant que miralls de la masculinitat *fracassada*, i acaben amb crits o discriminacions, violència que, com dèiem, esdevé incapacitat de travessar i gestionar la vulnerabilitat (Pié-Balaguer, 2019). En altres moments, o per a altres persones, aquesta fragilitat i aquest desbordament del cos i l'estar masculí -estoic i autosuficient- permeten un moviment i generen formes de cura, que en un context masculinitzat cal entendre-les com a formes de transgredir el patró de gènere:

> L'entrenament va molt bé, som molts novament. Novetat d'avui: arriba el Carlos amb el seu pare, porta berenar, ja va avisar per WhatsApp que avui és el seu aniversari. El seu pare marxa, és el seu espai, sense familiars. Quan acabem l'entrenament, ens quedem al costat dels vestidors a celebrar l'aniversari. Alguns al vestidor i la resta estem parlant i menjant. L'Elías, l'Óscar i el Josep mengen molt ansiosament; si no els avisem, s'ho acabarien tot. Van sortint la resta, mentrestant estem xerrant. Hi ha un ambient bonic. Ens preparem i, quan surt el Carlos, li cantem l'aniversari feliç. La majoria no canta, els costa. Timidesa? Masculinitat? El Carlos parla poc però està molt content, quan li ho agraïm ens diu que "claro, sois mis amigos". Avui parlàvem amb l'Aina de la importància que té aquest espai per a ells. L'activitat del futbol és central. El Carlos ha fet un procés molt bonic. Des que va arribar d'Extremadura després d'un "brot" i sense conèixer ningú a la ciutat, a poc a poc s'hi ha fet un lloc i avui sent que té amics i un espai social on estar, on ser. Un espai amb pressions però molt menys que la resta del món social on la normativitat pressiona molt més. Estem molt a gust. Parlem de la festa de Nadal del Club Social, no volen venir perquè val diners. **(Diari de camp, 2017-18)**

Els afectes i la cura apareixen de moltes maneres, aquest n'és un exemple, algunes de les quals les hem pogudes identificar com a tals i altres són pràcticament imperceptibles. Creiem que són punts de fuga o oportunitats fugaces que presenten els espais on la masculinitat ha estat desbordada pel patiment i la vulnerabilitat, la qual cosa genera una possibilitat de reconciliació amb la humanitat -pròpia i aliena- després d'una socialització masculina. Tampoc volem acabar fent una anàlisi distorsionada de la realitat observada, aquests moments són tan preciosos com escassos i, en general, la vulnerabilitat s'expressa amb els professionals, quan ningú no els veu, quan els iguals no hi són:

> El Nacho aprofita quan només hi som quatre (ell, la Raquel, el Pau i jo) per llegir una carta que ha escrit. Ens explica que està trist, el noi del qual està enamorat marxa a Lima, no té clar quin país és, però està trist i necessita explicar-ho. La carta és molt bonica i sentida. **(Diari de camp, 2017-18)**

> [L'Elías] té un tipus de masculinitat molt diferent de l'hegemònica, és molt afectuós en la manera de parlar i expressar-se, cuida molt l'altre, parla molt d'amor, d'emocions i repeteix moltes vegades que bé que està amb mi i que còmode que el faig sentir. **(Diari de camp, entrevista, 10.2017)**

> Arribem i parlem de què tal la setmana. L'Ana diu que està trista pel seu ex. Ens demana si pot llegir-nos una carta que ha escrit al seu ex. Li diem que sí i la llegeix mentre el grup escolta atentament. La carta és molt emotiva. Quan està acabant de llegir, l'Enrique s'emociona i es posa a plorar. Estirat al sofà, es tapa la cara amb el braç. El Manel s'aixeca i s'hi acosta, fa broma al principi mentre s'hi acosta. Des de la broma es permet abraçar l'Enrique i fer-li un petó. Acull l'emoció de l'altre. L'Enrique diu que plora per l'Ana, diu que no es mereix això, que "es una persona muy buena" […]. Proposem fer un dibuix sobre l'amor i compartir-lo amb el grup. Un cop fet el joc, l'Enrique ens recorda que ell va dir que volia fer-nos un ball. Ens proposa de fer-ho ara i li diem que sí. Posa una cançó de Coldplay i

> comença a ballar davant de tot el grup. El grup escolta i observa atentament, en un primer moment pateixo pel judici extern o pel meu, però el grup es mostra respectuós i hi presta atenció. Ningú no es mou, ningú no riu, simplement observem els moviments de l'Enrique i com parla amb el cos. Quan acaba, tot el grup aplaudeix. L'Ana ens demana de llegir una segona carta. El grup s'ha convertit en un espai de seguretat. **(Diari de camp, grup d'adolescents de l'hospital de dia, 2014)**

Aquests tres moments exemplifiquen aquesta masculinitat despullada, que permet la *transacció*, la negociació amb model hegemònic i sobretot una certa maniobra de (re) apropiació de l'emocionalitat -més enllà de la ràbia-, l'afecte i la cura. Encara que en dues de les tres escenes es manifestin quan els *iguals* no miren, en diferents moments del treball de camp algunes persones del grup han volgut compartir -a través de llegir una carta- algun tipus d'emoció i vulnerabilitat amb el grup. En els dos casos escollits, la carta va relacionada amb el desamor i la ruptura romàntica, però en tots dos possibiliten un cert desbordament de la masculinitat estoica. En la darrera, fins i tot, aquest desbordament passa pel cos i el plor. Però el més interessant és com el grup troba estratègies per acceptar i acollir una transgressió de la masculinitat que passa de l'esfera personal a la grupal.

Tanquem aquest capítol amb una darrera vinyeta que vam registrar després d'una activitat de ràdio amb els nois del Club on es produeix també aquest desplaçament sense la necessitat de recórrer a la relació amb el/la professional:

> Avui som quatre nois (el Toni, el Nacho, el Lucas i l'Iñigo), una educadora i jo. Estem començant la sessió de ràdio al voltant de la taula. No tenim clar a què ha vingut cadascú, però la sessió avança més enllà de la proposta inicial. El Toni no pot fer altra cosa que ocupar l'espai, parla molt i necessita ser escoltat. Aquesta vegada s'aixeca i comença a parlar, diu que "avui tinc el TOC especialment actiu", comença a posar exemples mentre ho fa, dempeus, ho representa: "necessito mirar enrere, fins que no ho faig no em quedo tranquil", i "anava pel carrer i mirava si m'havia caigut la cartera, tota l'estona", ho representa. Aleshores l'Iñigo pregunta: "¿Qué es lo que te pasa con esto del TOC?". S'inicia una conversa que durarà quasi tota la sessió. Es genera de cop un clima diferent, un espai on parlar de la seva experiència i de salut mental en grup, poc habitual amb els joves […]. El Toni explica el que ja m'havia explicat a les entrevistes; de fet, tots dos es refereixen a les entrevistes fetes en algunes ocasions. Parla del TOC com a "malaltia", que l'ha tinguda de sempre. Parla de com ha millorat i comença a exemplificar-ho: "antes vería este cable y lo movería una vez y otra y muchas veces porque pensaría que igual cae" (el va movent), "ahora con una o dos veces ya está, hace años mucho más". L'escoltem la resta. El Nacho es va desconnectant o perdent l'atenció i el Lucas també, a mesura que avança la conversa. El Toni parla del *bullying* que va rebre: "m'esperaven a la porta i em fotien d'hòsties", es va enfadant, se'l veu emocionat. En algun moment pal·lia la imatge de debilitat recordant com es defensava de les pallisses, però el que hi ha és dolor i ràbia. Explica encara més

enfadat que altres persones reben *bullying* (surt molt aquesta paraula), per exemple, "per portar ferros, però això no és res, en comparació amb el que em feien a mi". Necessita desvalorar la resta de situacions per fer entendre que la seva és la més greu. A l'altra banda, l'Iñigo escolta, i va introduint-hi coses. Malgrat que es genera un espai de suport mutu bonic, i després el Toni ho reconeix, moltes intervencions comencen amb hostilitat o negant el que diu l'altre, encara que no hi hagi contrapartida, sinó complementarietat; la idea és tenir la raó: "Esto que dices no es *bullying*", comença l'Iñigo.

El Toni explica com el van diagnosticar i el van ingressar. "Vaig anar al psiquiatre i li vaig dir que em pegaven, que necessitava que fessin algo i em va ingressar, van venir tres *tios*, tres infermers, jo estava al Carmel, a casa de la meva àvia." Critica molt el psiquiatre i que li digui que això del TOC no té solució. En general, barreja idees per criticar el sistema de SM (estigma, diversitat funcional…). Tot i codis poc afectuosos, la conversa es dona en un marc de molt de respecte, de molt de reconeixement. En un moment donat, el Toni pregunta a l'Iñigo: "Bueno, y ¿tú qué?, ¿qué tienes?". L'Iñigo es posa nerviós i comença a fer un discurs confús, difícil de seguir. Parla de "una situación, un trauma, que me generó eso, yo no tengo una cosa grave como esquizofrenia grave, sino una cosa que me pasó por culpa de esta situación, que no es explicado, el trauma". Fa referència a les entrevistes, però no diu mai quina ha estat aquesta situació traumàtica, l'èmfasi està en el fet que ell no ho tenia, va ser culpa del que va passar. El Toni, en canvi, parla que el seu ve "de sèrie", però també es contradiu: "A ver, yo tampoco he tenido un vida fácil, con la familia, el *bullying* que he recibido…" L'Iñigo parla també molt de superació i d'autosuperació, són les idees que més apareixen: superació, trauma i "esa situación" que sembla que ho va desencadenar tot. La Raquel i jo escoltem i només hi intervenim per valorar el que està passant, per valorar la seva expertesa en el tema, la seva experiència i com això amb els anys els ha permès generar estratègies per estar millor; parlem de la importància de conèixer-se un mateix. De manera velada és important destacar que es posa en dubte el saber psiquiàtric, perquè "no cura", no dona solucions. El tema del *bullying* també dona molt de si. En diferents moments sembla que la conversa es tanca, però seguim […]. Em sorprèn que, en moltes estones de la conversa, especialment el Toni m'explica les coses a mi i em demanen permís per parlar. Es genera un ambient on, tot i la càrrega emocional, a l'Iñigo i al Toni sembla que els està anant bé parlar-ne. Queden 10 minuts, hem de tancar. Valorem molt que es pugui dedicar una sessió a parlar d'això, és el principal motiu que ens convoca aquí, dic jo, i sobretot m'ha agradat el to. El Toni i l'Iñigo no sempre s'entenen i avui la conversa ha funcionat molt bé. L'Iñigo dona voltes, parla lent; al Toni li costa escolar, necessita parlar tota l'estona, el supera l'ansietat. Això requereix un esforç per part dels quatre (els que escolten i els que parlen). En algun moment, l'Iñigo li diu dues vegades que "me dejes acabar, que siempre haces igual, me interrrumpes y no me dejas acabar la idea". El Toni ho accepta estoicament. Signe de la maduresa del diàleg que estan tenint. **(Diari de camp, 2017-18)**

Tot i ser un grup força masculinitzat -només una educadora, la resta de persones hem estat socialitzades com a homes i ens identifiquem com a nois-, aquell dia es va generar un espai on dues persones van compartir el seu patiment i part de la seva experiència. Les experiències de patiment compartides permeten aquest desplaçament de la masculinitat estoica i autosuficient, la qual cosa genera un context de possibilitat per a la col·lectivització

del patiment i per al reconeixement mutu de la vulnerabilitat. Ens agrada poder acabar aquest capítol contraposant les possibilitats que presenta aquesta masculinitat *(in)habitable* en termes de recuperació i acompanyament i no quedar-nos només amb les analitzades i diverses estratègies que tenen com a objectiu reproduir i fer perviure un model de masculinitat basat en la *invulnerabilitat* i, per tant, incompatible amb la vida humana.

### 7.5. Per concloure

En aquest capítol, hem presentat una anàlisi de les narratives -de nois joves que han experimentat patiment psíquic sever i professionals del camp de la salut mental infantojuvenil- i del treball de camp realitzat -observació participant-, centrant-nos en la manera com el gènere, i concretament el model de masculinitat hegemònic, condiciona les maneres de patir i expressar patiment mental de les persones joves socialitzades i identificades com a homes. Entenem aquest model (de MH) no com a estàtic, sinó com un conjunt de valors i idees en procés de transformació constant, tot i certes continuïtats històriques. Per dur a terme aquesta anàlisi, hem adaptat el concepte d'*estratègies de masculinització* (De Martino-Bermúdez, 2013) al nostre camp d'estudi i això ens ha permès ordenar i classificar els elements principals de la construcció de la masculinitat, per veure com afecten els itineraris de s/m(p)/c masculins. D'aquesta manera, i a partir de l'anàlisi realitzada, ens hem basat en cinc estratègies: *dominació, subordinació de l'alteritat i violències*; *duresa, cos, esport i l'assumpció de riscos*; *independència i estoïcisme emocional*; *autonomia econòmica i treball productiu*, i, finalment, *heterosexualitat activa i homofòbia*.

Aquest conjunt d'estratègies ens ha permès entendre que la masculinitat, culturalment construïda, produeix maneres de patir i expressar el patiment *generitzades*, influïdes per una certa transformació del model durant les darreres dècades. Alhora, aquestes mateixes estratègies són les encarregades d'estratificar socialment la masculinitat i aportar privilegis -respecte a les dones, a altres homes i a altres identitats de gènere- o, fins i tot, podem dir que són imprescindibles per als processos de participació en una societat organitzada a partir del sistema sexe-gènere. Aquesta tensió entre estratègies que produeixen tant patiment com privilegi és clau per entendre els resultats presentats.

Una de les intencions principals d'aquest capítol ha estat mostrar que determinades idees hegemòniques associades a la masculinitat són incompatibles amb les conseqüències d'un procés de *psiquiatrització* (diagnòstic, medicació, exclusió). I, per tant, es produeix una tensió constant entre rol masculí i masculinitat *psiquiatritzada*, la qual condiciona totes les fases dels itineraris (maneres de patir, maneres d'expressar el patiment, capacitat de generar una xarxa de suport, possibilitats de demanar ajuda i processos de recuperació) i expulsa simbòlicament -però amb efectes materials- els nois *psiquiatritzats* de la masculinitat.

Finalment, hem analitzat què suposen per al nostre camp d'estudi i per als nostres informants algunes de les transformacions que s'estan produint al si de la masculinitat, per apuntar a dues possibles conseqüències d'aquestes *hibridacions* del model, les quals es produeixen de manera paral·lela. D'una banda, apareixen resistències, negació de la influència del gènere -i especialment la masculinitat- en el camp de la salut mental i replegaments, un moviment intrínsec a qualsevol modificació de l'ordre social, sobretot si pot suposar una pèrdua de privilegis per part d'un sector de la població. De l'altra, apareix la possibilitat de redefinir la relació entre masculinitat, vulnerabilitat i cures a partir d'aquesta *(in)habitabilitat* del model de masculinitat. És a dir, el fet que els homes *psiquiatritzats* no puguin *fer* o exercir d'homes, o no encaixin amb el model, pot facilitar certes transformacions que siguin beneficioses tant per a homes com per a dones, sempre que es tinguin en compte aquests elements en les maneres d'organitzar l'atenció en salut mental i les maneres col·lectives de gestionar el patiment psíquic.

Hem deixat per al darrer capítol un dels elements principals que determina els itineraris d'aquests joves, que és comú, independentment del gènere, però que presenta maneres *generitzades* d'actuar. Ens referim a l'estigma i com es manifesta en relació amb el gènere masculí.

# 8 "JO NO SÓC HOME" ESTIGMA PSIQUIÀTRIC MASCULÍ DURANT L'ADOLESCÈNCIA-JOVENTUT

"Dado que en nuestra sociedad el individuo estigmatizado adquiere estándares de identidad que aplica a sí mismo, a pesar de no poder adaptarse a ellos, es inevitable que sienta cierta ambivalencia respecto a su yo" (Goffman, 2008, p.136)

Des de Goffman (2008 [1963]) fins als nostres dies (Steele, Spencer i Aronson, 2002; Schmitt i Branscome, 2002; Stangor, Swim, Sechrist, DeCoster, Van Allen i Ottenbeit, 2003 Major, McCoy, Kaiser i Quinton, 2003; Hinshaw, 2005; Yang, Kleinman, Link, Phelan, Lee, i Good, 2007; Link i Phelan, 2014, entre d'altres), l'estigma és i ha estat un concepte clau per entendre els processos de s/m(p)/c, especialment en el camp de la salut mental. De fet, el col·lectiu de persones amb diagnòstic psiquiàtric es considera un dels més estigmatitzats i que més rebuig social experimenta (Ruiz, Montes, Correas-Lauffer, Alvarez, Mauriño i de Dios Perrino, 2012). Aquesta idea *d'atribut profundament desacreditador* (Huici, 1996; Goffman, 2008) funciona a partir d'una selecció exclusiva dels elements diferencials negatius del grup social en qüestió (Crocker *et al*., 1998; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo i Guillén, 2009), inclou actituds, sentiments, creences i comportaments negatius cap al col·lectiu de persones amb patiment mental (Barbato, 2000) i té conseqüències directes en el procés de recuperació (Landeen, 2007). Tot plegat impacta per tant sobre la construcció de la identitat individual i les relacions interpersonals (Finzen, A., i Hottman-Richter, 1997; Leff i Warner, 2006), però també té repercussions socials i jurídiques, com ara la pèrdua de llibertat i de drets d'oportunitat (Witztum, Margolin, Bar-On i Levy, 1995; López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez i Aparicio, 2008).

L'estigma en salut mental el podem analitzar, per tant, com un mecanisme omnívor que socialment tendeix a totalitzar l'experiència de les persones amb patiment mental que entren dins del circuit de salut mental, convertint-los a través d'un procés sinecdòtic –la part pel tot–, en el que alguns autors (Corin, 1990; Martínez-Hernáez i Correa-Urquiza, 2017) han anomenat *malats totals.* Aquest estigma varia en funció del context, la posició social i els tipus de relacions que en aquest context es donen (Major i O'Brien, 2005). Per tant, no serà el mateix patir un trastorn mental en un poble que en una ciutat, si s'és llegit com a home o dona, si es prové d'una posició socioeconòmica alta o baixa.

En aquest capítol volem partir d'aquesta mirada, si es vol interseccional, de l'estigma i els seus efectes per centrar-nos en com opera aquest estigma en un context com l'estudiat, travessat, com hem vist fins ara, per la masculinitat, i ubicat en un marc general d'*hibridació* del model hegemònic. Per començar situarem aquesta mirada interseccional respecte a l'estigma en salut mental, a partir de, sobretot, dues dimensions: el gènere, l'edat i en menor mesura la classe (dues de les tres variables que s'han analitzat principalment en el capítol 4, realitzat a partir de les dades obtingudes de l'estudi FRESC). En segon lloc, i tenint en compte la lògica multidimensional (Pattyn, Verhaeghe, Sercu i Bracke, 2014) a partir de la qual opera l'estigma, dividirem en nivells (estructural, social i interioritzat) i dimensions (públic, social percebut, rebut/experimentat, interioritzat, autoestigma interioritzat i autoestigma anticipat) les narratives i vivències masculinitzades (o influïdes pel model de masculinitat) del nostre estudi. En tercer lloc, farem, de nou, un exercici de subdivisió, però aquesta vegada a partir de com es particularitzen i es concreten aquestes nocions en àmbits concrets. És per això que parlarem de partícules de l'estigma. Per últim, tancarem aquest capítol realitzant una aproximació a les estratègies per afrontar i gestionar aquest estigma existent. La nostra hipòtesi de partida, sobre la qual intentarem elaborar la nostra anàlisi, és que es produeix un procés de retroalimentació o relació circular entre estigma i masculinitat, a partir del qual la masculinitat hegemònica es faria *inhabitable* per als homes *psiquiatritzats* com a conseqüència, entre d'altres elements, de l'estigma en salut mental. És dir, la idea, que ja hem apuntat anteriorment, d'incompatibilitat entre rol de gènere masculí i una identitat *deteriorada* per l'estigma associat al camp de la patologia mental. En altres paraules, l'estigma (masculinitzat en aquet cas) s'estaria produint, l'estratificació entre homes/no-homes i l'exclusió de l'*altre (el no-home, o no-prou-home).*

## 8.1. | Punt de vista: Estigma interseccional

> No sé si te'n recordes, et vaig dir "jo no sóc home" perquè aquesta és la segona pregunta ja, jo no sóc home perquè em falta seguretat, em falta una autonomia pròpia, i amb aquestes dues ja em quedo. Ser autosuficient, autosuficient. (…) Jo tinc un trastorn obsessiu compulsiu, un trastorn d'ansietat i ja li diuen la *enfermetat* del dubte, i jo tinc una *enfermetat* mental, dona el cas que la tinc tu, toca't els collons, però és la *enfermetat,* segons m'han tractat molts psicòlegs i psiquiatres, és la *enfermetat* del dubte, de la inseguretat. (…) Al contrari de la seguretat, jo tinc un problema que va en contra, en contra de la seguretat, és inseguretat total, però clar, el meu problema no es resumeix com a home, però jo tinc inseguretat tal com ara marxo d'aquesta entrevista i deixo el seient d'una manera, jo com segur que sóc, que és trastorn obsessiu, per la inseguretat, però és ... i jo agafo la cadira i la fico de mil maneres, i perdo tres minuts per ficar segur la cadira. (...)

> Les persones que tenen una posició social més elevada que la meva, i pateixen problemes mentals, i jo que no tinc treball ara mateix, *pues* jo no sóc qui per discutir qui té problemes o qui no, perquè jo els tindré segur, perquè dintre del meu cànon i la meva alienació social sóc un 0 a l'esquerra (…). O sigui, si tu tens poder adquisitiu no et diagnosticaran, o sigui et diagnostiquen, o sigui, tu tens el poder adquisitiu sobre un altre, o sigui, jo sóc el *jefe*, el teu jefe però el *jefe* té problemes mentals, qui ha de qüestionar el *jefe*? (…) Com que és *jefe* té una condició social dintre de la societat, encara que tingui problemes mentals té una condició sobre els altres, i això que té problemes mentals (…) Que una cosa és el diagnòstic i l'altra és la posició social però a vegades... **(Toni, 27 anys)**

L'origen del concepte d'interseccionalitat el trobem en autores feministes afroamericanes com Hooks (1984, 1990), Crenshaw (1989), o Collins (1990), entre d'altres, les quals inauguren[120] un punt de vista i una manera d'analitzar la realitat social que té en compte la interacció simultània entre diferents aspectes de la identitat social i els diferents impactes sobre aquesta dels sistemes i processos d'opressió i dominació (Hankivsky i Cormier, 2009). Des dels els anys 90 fins a l'actualitat es desenvolupen estudis des d'aquest enfocament també en el camp de la salut, com per exemple els desenvolupats per Hankivsky *et al.* (2010), Hankivsky (2012) o Mora-Ríos i Bautista (2014), aquest últim referint-se de manera específica a l'estigma en aquest àmbit. Des d'aquest prisma volem plantejar aquest capítol, posant, això sí, el focus en la variable gènere de manera específica.

Com a conseqüència dels estudis i les temàtiques escollides sota el paraigües de la interseccionalitat, moltes vegades s'associa aquest paradigma amb la idea de *suma d'opressions,* o apareix una sobrerepresentació d'estudis centrats en els col·lectius oprimits. Això, de manera involuntària, genera una sort d'equivalència entre interseccionalitat i opressió, i propicia una infrautilització d'aquest punt de vista en camps on els/les protagonistes ostenten poder o privilegis. Aquí partim de la idea que la interseccionalitat no és una eina analítica per a l'estudi de l'opressió, sinó que és una eina sobretot per a l'estudi del poder i la dominació, dimensions que no es poden entendre només amb l'estudi dels col·lectius oprimits ni amb una simplificació binària de persones oprimides i opressores.

Passa quelcom semblant al que va passar durant molts anys amb els estudis de gènere i *queer*, dels quals es va derivar una confusió entre reconeixement dels orígens de la disciplina

[120]Diem que inauguren perquè es produeix un canvi paradigmàtic que té un impacte notable en les ciències socials, però aquestes es basen en pensadores, moviments i autores antiracistes anteriors.

(moviments feministes, *queer*, LGTBI, etc.) i l'abast restringit dels objectes d'estudi possibles. Estudis de gènere no equival a estudiar les dones i les seves opressions, estudis *queer* no equival a estudis sobre la comunitat LGTBI, de la mateixa manera que interseccionalitat no hauria d'equivaler a estudiar contextos protagonitzats per dones *racialitzades* o dones amb diversitat funcional. Es poden fer, s'han de fer i es fan cada vegada més estudis feministes sobre els privilegis masculins, estudis *queer* sobre l'heterosexisme i decolonials sobre Europa. La interseccionalitat no és un camp d'estudi que es construeixi a partir de l'objecte que analitza, sinó que més aviat l'hem d'entendre com un paradigma, un punt de vista, el qual serveix per estudiar les causes i protagonistes de la dominació (en la seva majoria homes, heterosexuals, rics i blancs), i no només centrar-nos en les seves conseqüències d'aquesta (grups *minoritzats* i moviments de resistència). Per dir-ho ras i curt, es pot fer un estudi interseccional, i de fet seria molt interessant que es fes, del *Círculo Ecuestre*, el *G8* o el *Grup Bilderberg*, posant exemples molt evidents de l'acumulació de poder. Amb això no vull dir que sigui més important estudiar l'hegemonia que la subalternitat, per fer servir termes *gramscians*, res més lluny del propòsit d'aquest treball. Més aviat al contrari, si recuperem les idees de Gramsci, entendrem que no es pot entendre una sense l'altra. Per tant, des de les ciències socials creiem que cal seguir posant al centre narratives i veus subalternes, però actualment el repte és més aviat situar perspectives com la decolonial, la crítica al capacitisme, feminista o *queer* al centre d'estudis que analitzin no tant el poder i els efectes de la dominació, sinó les persones o grups que el representen i l'ostenten.

En el nostre estudi, la sobreposició d'opressió (psiquiatrització, classe social, etc.) i privilegi (masculí, heterosexual, etc.) és especialment central, i això genera formes particulars i complexes de relació, subjectivitat i intersubjectivitat. Com veiem en els dos fragments de narratives amb els quals hem obert l'apartat, i com hem intentat corroborar fins aquí, el patiment subjectiu i el procés de *psiquiatrització* fan *inhabitable*, o com a mínim, posen barreres a l'*habitabilitat* de la masculinitat hegemònica per part de nois diagnosticats, la qual cosa és compatible amb els processos de jerarquització (relacions de poder) entre homes i d'homes cap a dones que hem estudiat anteriorment. La segona narrativa il·lustra la relació entre nivell socioeconòmic i patiment subjectiu, segons la qual ambdues s'articularien per generar situacions d'exclusió/inclusió o privilegi/opressió particulars. En aquest cas, i segons l'informant, l'estatus social determinarà el pes del diagnòstic en termes de posició en l'estructura social de l'individu, i posa l'exemple d'un "*jefe*" amb patiment mental per il·lustrar aquesta articulació entre opressió-privilegi. Segons aquesta narrativa no seria tant

important el trastorn com l'articulació entre aquest i d'altes variables (socioeconòmiques principalment).

D'altra banda, les dues narratives presentades ens permeten posar el focus en la interacció, el context i el rol social, elements que seran fonamentals a l'hora d'entendre el pes de l'estigma en cada situació. En el primer cas, l'informant està parlant de "lligar" i de com la seva inseguretat, derivada del trastorn (obsessiu-compulsiu), el fa menys home i per tant menys atractiu. El context fa que la seguretat masculina sigui especialment funcional, o aquesta és la seva percepció, en termes de seducció, i que, per tant, la inseguretat sigui una marca de *desmasculinització* i d'estigma associat al trastorn[121]. En el segon cas, el context és el laboral, i per últim, també parla del pare en el context familiar. En ambdós casos, la posició jeràrquica i el gènere, com a cap (home) i progenitor (home) es retroalimenten i esdevenen antídot de l'estigma derivat del trastorn: encara que es tingui un diagnòstic, si s'és cap (o pare), "qui ha de qüestionar el *jefe*?".

Amb aquests dos exemples pretenem situar un punt de partida a l'hora de parlar d'estigma, el qual no passa, o com a mínim no és el nostre cas, per pretendre contemplar tots els eixos d'opressió-privilegi (jove-adult, home-dona, ric-pobre, etc.) en tot moment –a nivell analític és fins i tot interessant poder centrar-nos de manera específica en un dels eixos, com és el cas d'aquest estudi–, sinó que més aviat passa per posar a dialogar aquella informació de la qual disposem, tenint en compte els eixos que poden estar influint en una situació o context concret. Per entendre, en definitiva, com l'estigma i la seva vivència dependrà d'aquestes variables.

Tot i el plantejament interseccional d'aquest estudi, ens centrarem principalment en un dels seus eixos: el gènere (masculí). Aquesta serà la dimensió explicativa central per analitzar les experiències d'estigmatització (en les seves diferents dimensions i partícules) dels nois joves perquè és l'objectiu principal de la present investigació. Existeix una important producció científica que apunta al gènere com a condicionant i determinant d'aquest estigma psiquiàtric (Leong  i Zachar, 1999; Komiya *et al*., 2000; Timlin-Scalera *et al*., 2003;

[121]Podem recuperarar del capítol 7 una anàlisi més en profunditat sobre masculinitat, sexoafectivitat i patiment mental.

Kranke, 2010). Segons alguns d'aquests estudis, i tal i com hem apuntat anteriorment, els nois, per tal d'evitar que el seu patiment i la seva vulnerabilitat siguin percebudes per la resta, tendeix a buscar menys ajuda o expressar menys el patiment. En el cas dels nois adolescents, en cas de demanar ajuda busquen normalment les mares, amistats i parelles o persones externes a l'àmbit escolar. Les actituds i comportaments dels homes quant a la seva *help-seeking,* com hem vist en el capítol 2, s'associen o s'expliquen a partir del model de masculinitat basat en les restriccions emocionals i la limitació a l'hora d'expressar afecte o compartir, especialment amb altres homes (Blazina i Watkins, 1996). Williams (1999), després d'estudiar adolescents amb diabetis, aportava dades segons les quals les noies adolescents gestionen millor la seva pròpia cura en general i tenen més facilitat a l'hora d'acomodar la malaltia a la seva identitat; els nois, en canvi, es basen, segons el seu estudi, en les seves mares per tenir cura de la malaltia i tenen més dificultat a assimilar la nova situació. En el camp de la salut mental, una de les professionals informants entrevistada parla d'aquesta mateixa tendència, condicionada pel gènere a l'hora de conviure amb l'estigma:

> No sé si les dones porten pitjor això de l'estigma, no ho sé, o porten pitjor un tipus d'estigma (...) potser costa més trobar adolescents (nois) que et puguin parlar que han estat en una etapa depressiva i no costa tant que et parlin si han estat en contacte amb tòxics o... No, que jo crec que les noies poden verbalitzar molt més que han estat en un... que han tingut una depressió, o han tingut una temptativa autolítica o han tingut... No et costarà tant trobar-t'ho, com que no ho estigmatitzaran tant." **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05.04.2017)**

Com hem vist en el capítol 4, l'edat és una altra variable important a tenir en compte a l'hora d'entendre la relació entre gènere i patiment subjectiu. La manera de viure i enfrontar l'estigma variarà per tant en funció del moment vital de la persona. Durant el treball de camp hem observat diferències importants entre el grup d'adolescents (treball de camp hospital de dia) i el grup de joves majors de 24 anys (club social) també pel que fa la construcció de l'estigma.

La primera diferència té a veure amb les idees estigmatitzants que s'associen a la bogeria i al trastorn mental en cada una de les etapes. Durant l'adolescència i la joventut més primerenca, l'arquetip de bogeria, basat en determinades característiques corporals (resultat de la cronificació i la medicació) i en l'imaginari social estereotipada de la bogeria (psicosis, al·lucinacions auditives, ingressos, violència, etc.) s'acostuma a veure com a quelcom llunyà

perquè es relaciona amb l'etapa adulta. En general, les persones no s'identifiquen amb aquestes idees negatives i estereotipades de la bogeria fins que es produeix un procés de *mutilació o procés de mortificació del jo* (Goffman, 2009) i una interiorització de l'estigma i això no només passa amb les persones adolescents, però és especialment evident en el seu cas per la distància que els separa d'un arquetip cronificat i per tant adult. En el seu cas, l'estigma és construeix més aviat a partir de la idea de l'exclusió i el fet de quedar fora del grup:

> Jo crec que ho veuen com una cosa terrorífica, però sense poder posar-li forma, sense poder-se imaginar ben bé què és la bogeria en si. Que potser seria la diferència amb gent més adulta. Clar... que tenen una imatge clara... *Bueno*, tampoc és tan clara, tampoc l'estigma està tan clar, però almenys el tema és que està posat en una cosa persecutòria, o sigui m'estàs dient que són un boig, o sigui "em portes al psiquiatra, al *loquero!. Es esto*". Ho sigui, està posat en que... en el metge o en les pastilles, però encara no està prou elaborat internament, m'explico?" **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05-04-2017)**

> Es que yo creo que va muy, la idea de la locura, se me ocurre ahora pensando, que va muy asociado a ser raro, y la rareza es una cosa muy mal soportada, el ser raro es una cosa horrible, ¿no?, para un adolescente. Entonces, ser raro es desconectarse, aislarse y no relacionarse con los demás, ser raro pues puede ser, pues bueno, no ir a la discoteca y no emborracharse. Ser raro puede ser cualquier manifestación que no está dentro diríamos de la norma, ¿no? De lo que normalmente, aunque no sea precisamente lo más saludable, está haciendo una franja de edad, de jóvenes o de adolescentes, y esa vivencia de rareza realmente es insoportable, ¿no?, es insoportable. El ser raro es una cosa horrorosa, bueno, desde que eres raro porque te vistes de una manera, eres raro porque te peinas de una manera, eres raro... Y esa vivencia de rareza yo creo que es una cosa insufrible. **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

La raresa i la anormalitat, que s'assenyala i s'estigmatitza a partir de termes com *freaky, raro, pardillo, pringao,* etc., tenen a veure amb una idea de quedar fora de la vida social, de quedar aïllat, de ser el diferent dels "iguals". Paraules que evolucionen al llarg del temps, però que identifiquen sempre una dualitat entre aquell/a que encaixa amb la norma, té xarxa i reconeixement social, d'aquell/a que no encaixa, no té xarxa i és poc reconegut/reconeguda. Segurament el binomi més sentit durant el treball de camp i que millor il·lustra aquesta dualitat és el de freaky/popu. En una de les entrevistes, un dels informants defineix les categories *emic* de *freaky* i *popu* de la següent manera:

> (POPU): Bueno pues sería el que toda la gente más cuenta con él, se cuenta con él para hacer planes , el más... como más importante, como que más importante, como el que más, no sé. El que habla con

ETNOGRAFIA

> todos, el más así.. Como que se le da como la más importancia para hacer cualquier cosa, que siempre todo el mundo va con él, que se quiere hablar con él y muy conocido también claro. O sea, "fama" entre comillas , claro fama entre gente así, entre chavales, no fama de.. lógicamente. Si, no de salir en la tele sinó...
> (FREAKY): [...] Pues sería quizás el que a penas se relaciona con gente, en realidad, con uno o dos. Y que a lo mejor más le rechazan un poco, o bueno se rechaza él mismo a lo mejor, sin hablar con gente. Un poco así. **(Ivan, 24 años)**

Altres narratives professionals, per explicar aquesta diferència entre l'estigma adult i l'adolescent, posen l'èmfasi en el procés de construcció de la identitat i en l'impacte que té l'estigma en aquest procés:

> Jo crec que l'adolescent viu les coses d'una manera tan radical que quan tu pots canviar aquesta idea per tenir problemes, obres un camí. Perquè si no jo crec que la impressió és *destroyer*, és ja no hi ha res a fer... Però també per la pròpia manera de l'adolescent, que és un, o blanc o negre, o molt... Si pot veure un problema... jo sempre penso que els adults treballen molt la consciència de malaltia, i això segons com es treballi és com una llosa per a l'adolescent, no? (...) Sobretot perquè poden tenir la sensació de perdre, d'haver perdut el tren per sempre més. Està tot el tema.. està en joc la identitat, no? És un moment en què està en joc la identitat, llavors de sobre, qualsevol cosa que pugui ser viscuda com una amenaça a la construcció de la identitat, de sobte t'apareix la sensació de desestructuració, i això per a un adult ja és fotut, però per a un adolescent probablement és el triple de fotut, o moltíssim més fotut. I l'altra cosa és aquesta que de sobte poden tenir la sensació que *jo ja sempre seré així per sempre mai mé*s, perquè no tenen l'experiència d'estabilitat, no? És un moment en què tot està molt mòbil, per tant, jo crec que les necessitats poden ser molt catastròfiques en un adolescent. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un Hospital de dia, 06 11 2017)**

El darrer fragment posa l'èmfasi en la idea d'irreversibilitat i cronicitat ("per sempre més") que té l'estigma psiquiàtric per als adolescents. Es tracta d'idees més associades a l'estigma adult, cronificat (i per tant allunyat de la pròpia realitat) que tenen un impacte més difícil d'assimilar per part de la població adolescents, unes idees d'irreversibilitat i de *perdre el tren* difícils de digerir i que generen molta angoixa. En aquest sentit, tot i la menor identificació amb l'estigma *adultitzat* per part dels joves i adolescents, durant un grup focal, apareix la vivència del trastorn com a quelcom absolut i permanent que apareix durant l'adolescència, en aquest cas com a resultat de la *identificació* externa:

> T: L'estigma té a veure amb ser un perdedor i necessitar molta ajuda. (…) Et comences a sentir culpable o dubtes si és culpa teva, si t'ho mereixes i si és culpa teva, comences a pensar això (…) i tu et vas quedant enrere, sents que et quedes enrere (…) Quan tens ingressos molta gent et deixa de parlar,

> quan surts de l'armari, com dic jo, la gent ja no vol parlar amb tu, i et perds moltes coses, deixes l'escola i perds el curs... Els meus amics de la infància sempre m'havien tractat com a Toni *el Raro,* i aleshores va venir l'ingrés i a partir d'aquí ja et veuen com un malalt per sempre... jo ho amagava. **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22 05 2015)**

S'aprecien per tant diferències importants pel que fa a l'estigma entre aquestes dues etapes vitals i particularitats del moment adolescent. Per exemple, pel que fa a elements com la capacitat de demanar ajuda (*help-seeking*), directament relacionada amb l'estigma i com aquest es viu durant l'adolescència-joventut:

> Sempre tenen moltes dificultats els adolescents d'anar a qualsevol a demanar ajuda, però si és per demanar ajuda per coses del *cocu* encara més. **(Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06 11 2017)**

En general, aquestes formes diferents de viure l'estigma en funció de l'edat generen molt de consens durant el treball i les diferents entrevistes, tant amb professionals com amb nois joves. On hi trobem matisos importants és en la valoració o justificació d'aquestes diferències. Segons alguns dels joves, l'estigma psiquiàtric disminueix conforme es fan grans, i per tant les experiències estigmatitzants més dures es viuen durant l'adolescència. Vegem-ne dos exemples:

> Yo lo tuve a los 21, me diagnosticaron a los 21. Yo el estigma no lo he sentido tanto, se burlaban mucho más por lo físico, por la pierna, por la cojera. Porque los niños y los jóvenes son muy malos, no lo haces conscientemente. Yo creo que a partir de los 21 la cosa cambia, la gente ve las cosas con otros ojos, aunque hay gente a la que la adolescencia le dura mucho *(riu)*. **(Octavi, 26 anys)**

> [...] la gent, jo sí que opino que això de l'estigma és una cosa que passa de jove més que de gran. (...) Jo, com he dit abans, jo a l'adolescència no ho explicava, jo anava a l'escola, prenia medicació, però jo no explicava a cap company de classe que estava en tractament psicològic. Quan surto al carrer, ja passen els anys i ja no vas a l'escola, la gent madura, la gent madura, o espero que maduri, suposo que, no sé si tothom però...A l'escola, a l'escola... (...) Si, la meva experiència. Jo a l'escola ho he passat molt malament, però no, però clar la gent no sabia que patia res.(…) No, però per això ningú sabia que prenia medicació, sí que no val, em feien *bullying* perquè volien, però en aquest aspecte la gent es fa més comprensiva a mesura que va passant l'edat, vull dir-te que si una persona t'estava discriminant per tenir diversitat funcional o problemes mentals potser és quan ets més jove quan et discriminen més. **(Toni, 27 anys)**

En el primer cas, l'estigma té a veure més amb el físic i el cos i no tant amb la dimensió psíquica. En el segon es relaciona directament amb l'experiència de patiment mental i els derivats pel que fa el tractament. En ambdós casos es confirma una vivència més

positiva conforme passen els anys i s'acaba l'etapa adolescent. En aquesta millora caldria veure què correspon a una disminució de l'estigma i la discriminació i què té a veure amb transformacions subjectives i evolució personal. El que fa més difícil l'etapa adulta respecte a l'adolescència, per tant, no és tant l'estigma, sinó el resultat de la cronificació i la pèrdua de certs recursos conforme passen els anys:

> [...] pero es más difícil ahora, yo con 33 sin trabajo, ahora mismo me es difícil porque mi situación mental, o sea, el hecho de no poder hablar con las personas estando en casa viviendo solo pues hace de que tiendo yo a sufrir ehh... el miedo de qué pensaran los demás por mis comentarios, si meto una piscinada, si digo algo fuera de tono, ¿repito para hacerme el educado?, o sea, cuando hablo con alguna persona y sentirme rechazado. Entonces, es más difícil ahora que con 22, con 22... Uno sale del colegio y ya con 18-20 años estás muy bien de hablar, estás muy bien de comprensión y puedes hablar tranquilamente con la gente, pero con 33, si uno siente rechazo y ya te cuesta hablar con los demás, en mi caso por momentos, y allí es cuando puede haber problemas, porque a la larga, con 50 la gente empeora, si no tienes relaciones sociales, ¡las relaciones sociales son vitales! para tener buena sintonía con la sociedad, si no no soy uno más y no sabría desenvolverme. **(Tomás, 33 anys)**

En general, podem dir que apareix certa contradicció entre l'adolescència com una etapa vital on l'estigma és més lleuger, o si més no, amb menys impacte, que es combina amb una idea d'autoestigma més intens durant el període adolescent:

> Potser l'estigma, jo crec que potser juga un paper més gran en el món dels adults que en la pròpia adolescència. O sigui, crec que els nens, els adolescents, tenen més capacitat d'adaptar-se i per tant, d'integrar allò diferent (…). No sé, potser no tenen tanta consciència de la problemàtica de salut mental, com l'entenem els adults, i potser ells ho viuen d'altres maneres, les problemàtiques, no? I potser, el que t'expliquen, *bueno* clar, les problemàtiques de l'adolescent apareixen molt en relació amb el propi cos, i des de complexos, de l'ús que fan del cos, els talls, a la sexualitat, a les drogues, i també en la relació amb els altres, i potser els adolescents amb problemes de salut mental s'estigmatitzen, diguem-ne així, ells mateixos, em... perquè es *matxaquen* molt... jo crec que forma part de la malaltia o del problema de salut, no? que es *matxaquen* molt, creuen molt poc en ells, acaben funcionant malament, acaben *liant-la* a casa, barallant-se amb els pares, no? I quasi confirmant-se la pròpia imatge que tenen d'ells, no? Però... i *bueno* clar, confirmant potser els estigmes, que per mi la paraula estigma em fa pensar en una cosa com a rígida, i potser en una imatge que no es mou, no? I jo crec que és el que els passa als adolescents que atenem... que estan com a encallats, amb moltes coses que no els van bé, no? I a més creuen que no en sortiran, o la forma que tenen de demanar ajuda fa... *bueno*, clar, els porta a anar empitjorant o a anar-se deteriorant, potser és una de les nostres feines també de obrir portes, sortir dels estigmes, no?, d'aquestes idees rígides, fixes que tenen i possibilitar sortides, no?" **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta CSMIJ, 28-11-2017)**

Aquesta contradicció apareix entre una edat adolescent/jove més plàstica i per tant més capaç de superar l'estigma i evitar la cronificació o l'exclusió i una adolescència més sensible al judici extern per l'impacte que té en la construcció de la pròpia identitat i autoestima. A causa de la comparativa entre dues fases del treball de camp, una primera amb adolescents i una segona amb joves de més edat, hem observat diferències importants que caldrien ser estudiades amb més profunditat abans de poder parlar de tendències més generalitzades. En general, les persones adolescents interioritzen molt menys l'estigma de *bogeria* i s'identifiquen menys amb les idees que s'hi associen socialment, però això no vol dir que visquin l'estigma a partir de la dimensió de raresa i anormalitat. Recordo que durant unes sessions a l'hospital de dia per adolescents (*Diari de camp 30-04-015*), a ran del cas del noi de Sant Andreu que havia atacat un professor amb una ballesta i el relat mediàtic posterior, va sortir el tema de l'estigma i de com, a causa de relacionar aquest fet amb el trastorn, es generava una imatge social negativa de les persones diagnosticades. Quan parlàvem de com aquest tractament mediàtic pot afectar les persones amb diagnòstic ells parlaven d'aquest col·lectiu com si no en formessin part. Per tant, l'adolescent acostuma a identificar-se menys amb el col·lectiu de persones amb diagnòstic per aquesta sensació de certa alienació o *alterització* de les idees estigmatitzats més associades a la cronicitat i l'adultesa. Passa quelcom diferent amb les etiquetes psiquiàtriques, amb algunes de les quals hi ha persones adolescents que sí que s'hi identifiquen i fins i tot els permet donar una explicació als seu patiment.

## 8.2. | Dimensions de l'estigma

L'estigma cal que sigui estudiat a partir de diferents nivells analítics (Prior, Wood, Lewis i Pill, 2003; Manzo, 2004; Corrigan, 2004; Muñoz, 2009) per evitar caure en una inconcreció o infradefinició del concepte, que en moltes ocasions ha portat a la seva sobreutilització (Manzo, 2004). D'entrada, podem parlar de tres nivells: l'estructural, el social i l'internalitzat (Link, 1987; Corrigan, 2000; Corrigan i Watson, 2004; Ritsher i Phelan, 2004; Livingston i Boyd, 2010; Brea i Gil, 2016). El primer té a veure amb el pla legal, institucional o partidista.

El segon té a veure amb la concepció que té la majoria social respecte al trastorn mental (sever o greu especialment), el qual es pot estudiar a partir dels mitjans de comunicació,

els professionals, la família, etc. Pedersen i Paves (2014), Corrigan i Watson (2002) o Pattyn *et al.* (2014) precisen una mica més i diferencien *perceived public stigma* (el traduirem per estigma social percebut), de *personal stigma o public stigma* (estigma personal o estigma públic). El primer té a veure amb com una persona pensa que els altres veuen o tracten les persones amb diagnòstic de salut mental; en canvi, el segon fa referència a com les persones tracten o veuen les persones amb un trastorn mental, un matís que ens sembla força rellevant. Per posar un exemple, en un estudi de Eisenberg, Downs, Golberstein i Zivin (2009) sobre l'estigma en estudiants universitaris, troba que més de 6 de cada 10 estudiants (65%) estan d'acord amb l'afirmació següent: "la majoria de gent pensa en negatiu sobre una persona que ha rebut un tractament de salut mental". Però en cavi, un 85% d'aquestes mateixes persones estan amb desacord amb la frase "Jo tinc una percepció negativa de les persones que han rebut un tractament de salut mental". Això mostraria que existeix una diferència important entre el que pensem i el que pensem que pensen. O una altra possible explicació sobre aquesta diferència, molt en la línia del que hem anat comentant sobres les diferències entre discurs i pràctiques masculines, seria que no és el mateix el que *pensem/ fem* i el que *diem que pensem/fem*. En el nostre cas, i per facilitar l'anàlisi, diferenciarem estigma social públic (o personal), estigma social percebut i estigma social rebut. El primer es basa en la percepció general, el segon en el que les persones creuen que les altres pensen i el tercer en les situacions de discriminació rebudes directament. Per analitzar el primer no disposem, a partir de la nostra etnografia, de prou dades i per això ens centrarem en el segon i el tercer tipus.

En tercer lloc, l'estigma internalitzat es caracteritza "por sentimientos negativos (hacia sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental" (Livingston i Boyd, 2010[122]). Dins d'aquest tercer nivell, Corrigan i Watson (2002) i Pattyn *et al.* (2014) parlen d'*anticipated self-stigma* (el traduirem per autoestigma anticipat); una autoimatge negativa que no prové d'una discriminació viscuda, sinó d'una interiorització de l'estigma a partir les idees o imatges que circulen sobre el patiment mental.

[122]Traducció extreta de Brea (2014).

L'esquema següent resumeix l'estructura que farem servir per analitzar algunes de les narratives i observacions extretes del treball de camp, les quals ens serveixen com a dades que exemplifiquen les diferents dimensions de l'estigma, tot plegat amb la hipòtesi de fons de la relació circular entre masculinitat hegemònica i estigma.

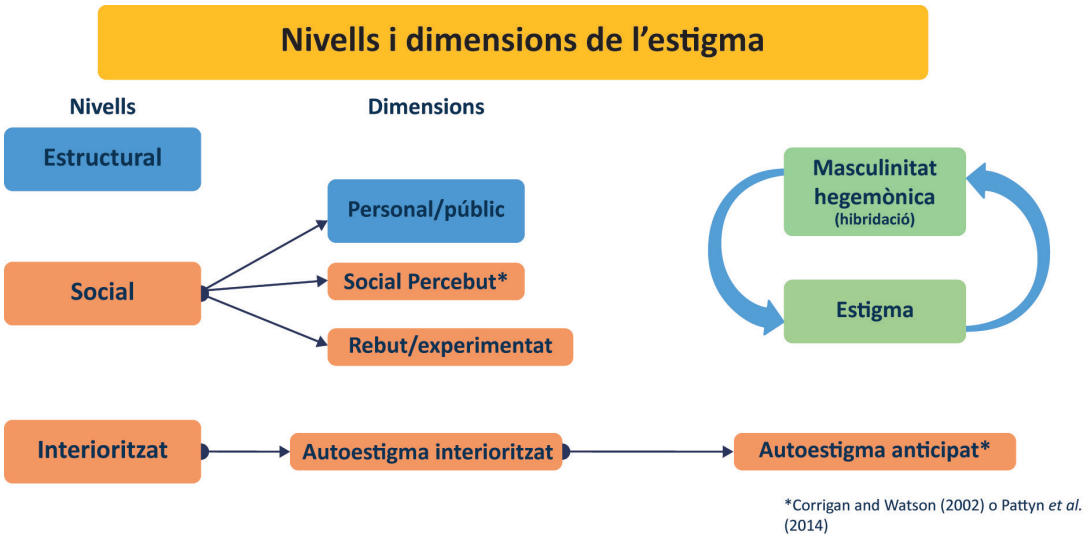



*Figura 1. Nivells i dimensions de l'estigma. Elaboració pròpia.*

Durant els anys de treball de camp i desenvolupament de l'estudi, disposem de dades dels nivells social i interioritzat, i de les dimensions de l'*estigma social percebut*, *rebut, autoestigma interioritzat* i *anticipat*. En aquestes ens centrarem en el present capítol. Des d'una perspectiva *emic,* el nivell estructural pràcticament no apareix o apareix de manera molt indirecta, i això té a veure segurament amb el tipus de preguntes plantejades durant l'entrevista i amb la dificultat d'establir vincles entre aquest nivell i la vivència quotidiana dels informants. Podríem parlar, en aquest cas, de la *invisibilitat del poder* i de com la política, les decisions institucionals i les seves conseqüències es perceben com a alienes a la realitat dels informants. Pel que fa a la dificultat de trobar narratives que es refereixin a com un mateix/a percep les persones amb patiment mental o amb diagnòstic psiquiàtric, té a veure, segurament, amb el plantejament de les preguntes durant l'entrevista, però també pot ser indicatiu d'aquest decalatge del qual parlava Eisenberg *et al.* (2009) entre estigma social percebut i estigma personal (o públic, si hi sumem les diferents percepcions personals). Quan es parla directament d'estigma, un/a poques vegades es reconeix com

a productor/a o executor/a d'aquest estigma, l'estigma sempre s'*alteritza*; es troba en *els i les altres.* Passa el mateix amb qualsevol forma de discriminació (masclisme, racisme, capacitisme, etc.) social, que necessita d'aquesta participació inconscient per fer funcional l'hegemonia. Vegem el següent fragment a mode il·lustratiu:

> No sé yo, antiguamente, no por nada en especial, ni por discriminación, ni por discriminación, ni mucho menos, pero yo no me había relacionado con personas con diagnóstico, por ejemplo. Porque en mi vida no había surgido. Y ahora por ejemplo pues me he relacionado con personas con diagnóstico y con problemas de SM y estoy encantado con ellas. (…) Sí, que son personas al fin y al cabo. Tengan diagnóstico o no tengan diagnóstico son personas. **(Óscar, 25 anys)**

La discriminació necessita de la pròpia negació per funcionar, i en aquest cas es fa palesa només començar. Aquesta contradicció, que apareix en aquesta i en d'altres narratives, es produeix entre una idea benèvola del diagnòstic ("Tengan diagnóstico o no tengan diagnóstico son personas") i l'hora la necessitat de reafirmar i deixar clar que la persona no forma part d'aquest col·lectiu, que s'hi ubica fora o per sobre:

> Yo en mi caso no tengo diagnóstico y estoy encantado con estar ahí (…). El diagnóstico no es (lo que nos une) porque hay gente con diagnóstico y gente sin. No, claro. Bueno, cada uno tiene sus cosas... Cada uno ha acabado en el club social por alguna manera. (…) Me impresionó más cuando llegué al club social, más que el fútbol, el club social. **(Òscar, 25 anys)**

Tot i participar del club social, haver experimentat patiment subjectiu sever, aïllament, algun intent autolític durant l'adolescència, etc. no considera que ell formi part d'aquest col·lectiu. I això, tenint en compte el cas, passa per dos elements. En primer lloc, saber-se o reivindicar-se com a fora del col·lectiu confirmaria l'estigma personal respecte al mateix estigma. En segon lloc, té a veure amb el fet de no tenir un diagnòstic psiquiàtric definit. Durant les entrevistes i treball de camp, en vàries ocasions ha destacat aquest fet com a mecanisme per diferenciar-se de la resta de les persones amb diagnòstic. Reprendrem aquesta discussió quan parlem de les formes de particularització de l'estigma, ara simplement pretenïem justificar i situar els nivells/dimensions de l'estigma que ens semblen més operatius en el nostre cas.

### 8.2.1. Estigma social percebut

> L'atenció en salut mental que s'està donant, segurament en els últims vint anys és diferent a l'atenció que es donava a les problemàtiques de salut mental fa 40 anys. Per tant, el que he sentit a casa meva, jo que tinc 34 anys, o... i el que va sentir el meu pare, ja no et dic, no? Era, potser era una visió segurament més negativa, més apartada, més diferenciada, *pues* de la resta de la societat, no? I clar, si pensem que ens els últims 20 anys, *pues* hi ha hagut una certa integració del pacient amb problemes psiquiàtrics, doncs... o sigui, els nois ja no tenen tant la idea, no? del manicomi, del boig al manicomi, de *bueno*... això podria ser una de les coses. Jo crec que n'hi ha d'altres també. O que potser justament com hi ha aquesta possibilitat d'integració. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta CSMIJ, 28-11-2017)**

Una de les idees que més ha aparegut durant el treball de camp és la constatació que l'estigma és una construcció sociocultural i històrica, i que per tant varia en funció del moment i el context. Molts informants (professionals i persones amb diagnòstic) afirmen que la condició estigmatitzant de la bogeria s'ha modificat en les darrers dècades, i que concretament ha disminuït el pes *desacreditant* i excloent de l'etiqueta. Tanmateix, segueixen existint prejudicis i estereotips associats al trastorn psiquiàtric associat o producte d'una manca d'informació:

> Primero la falta de información y lo desconocido, pero cuando me refiero a lo desconocido es que no conoces bien todo el proceso que las personan han vivido o cómo lo vive la persona. Si tú conoces a una persona no es tan como tú te lo imagines, es más cómo lo ves. (…) Que hay dos posturas, que hay gente que lo ve así como que están locos.. los del club social (CS)... Sí, sí... y que están como locos y van a un sitio a hacer cosas, como por ejemplo, centro de día que dicen. Hay gente que lo ve bien y hay gente que lo ve de esta manera. Y gente que lo ve como gente con retraso mental que van a hacer actividades. **(Octavi, 26 anys)**

> (Quan era adolescent) no sabía prácticamente qué era un H. de día hasta que entré. Y claro, yo entré sin saber qué era, digo pues, "¿qué es esto?", "¿dónde me he metido? (…) Yo en ningún momento he pensado que era para tarados tampoco, (…) si me hubieran hablado de qué era un CS, pues como gente con problemas y ya está. No hubiera dicho mucho más. Pero ahora es muy diferente, (en el CS) hay personas con diagnóstico, personas que no. (…) Yo nunca me había visto con personas con diagnóstico, la vida nunca me ha puesto personas con diagnóstico en mi vida. Y claro de repente me he juntado con muchas personas con diagnóstico y cambia como... son gente con problemas... son gente que se vuelca en ti y eso está muy bien (…). Como que tienen más ganas de tener más amigos, tiene más ganas de relacionarse, de salir, de tal de cual... Si, por ejemplo, mi grupo de amigos son personas con diagnóstico por ejemplo y estoy encantado con todos. **(Òscar, 25 anys)**

Segons aquesta dos fragments, una de les estratègies per disminuir l'estigma personal (públic i socialment percebut, depèn del prisma de d'on s'analitzi) principals té a veure amb generar vincles directes amb persones amb diagnòstic o *psiquiatritzades*. Com diu l'Octavi, d'aquesta manera passem de la imaginació a la vivència i l'experiència. Tot i això, en el fragment de la seva entrevista, per desestigmatitzar el col·lectiu de persones amb un trastorn mental o *psiquiatritzades,* acaba usant la distinció o diferenciació respecte al col·lectiu amb el que es coneix com a discapacitat intel·lectual. Una maniobra també comuna durant el treball de camp, que té a veure amb desestigmatitzar a partir d'un *desplaçament de l'estigma* cap a un altre col·lectiu amb qui es comparteix inicialment una etiqueta social. En el cas de l'Òscar, apareix el que podem anomenar *estereotip benèvol*[123] –una forma d'estigma basada en idees aparentment positives, que en aquest cas són producte d'una certa *infantilització* del boig/la boja que l'associa a la bondat–, però basat en la seva experiència concreta. Segons aquest estereotip, les persones amb diagnòstic són més cuidadores i tenen més ganes de relacionar-se. Això té a veure també amb el context, un club social, on per a moltes persones una de les motivacions principals és la de conèixer gent i establir vincles. En ambdós casos hi ha una voluntat de superar o transformar la imatge estigmatitzant associada a la bogeria i a les persones que transiten la xarxa de dispositius de salut mental.

Aquesta evolució de la imatge social de la bogeria, segons les narratives professionals, ha tingut un impacte en la percepció dels dispositius, dels professionals i el tractament, facilitant que els i les joves (i la població en general) presentin menys resistència al *help-seeking*:

> Yo creo que esto cambió, pero no para los jóvenes, sino en general a lo largo de los años, porque en otras épocas sí que era mucho más complicado, había mucha más resistencia de acudir a un centro de salud mental, y ahora yo creo que, como que está más difundido, es más, yo creo que en exceso a veces, que no... uno no tiene porqué estar mal vaya y consulte, ya muy exagerado porque no se puede estar mal ni por un duelo, de la muerte de alguien querido, entonces ahora digamos que es la otra cara pero la gente, yo creo que no tiene tanto prejuicio como en otras épocas, por eso lo de allá me sorprendió porque no me parece que ahora esté tan, sea tan intenso la reticencia esta de consultar aquí, exacte. **(Marisa, psiquiatra CSMA, 01.03.2018)**

[123]Aquest concepte és una adaptació de la diferenciació que fan algunes autores, com Glick i Fiske (1996, 2001), entre sexisme hostil i sexisme benevolent. El primer aniria en contra de les dones que desafien el poder masculí, i el segon té a veure amb l'assignació de valors o característiques aparenentment positives a les dones, com ara delicadesa o sensibilitat (Frye, 1983; Glick et al., 2000), però amb conseqüències negatives en termes de desigualtats de gènere.

No hem trobat estudis que plantegin aquesta evolució positiva a partir d'una comparativa històrica sobre l'evolució de l'estigma, però sí que apareix un cert consens en les narratives analitzades sobre una evolució en positiu (disminució) de l'estigma social percebut, el qual no només apareix en les narratives professionals, sinó també en les dels nois entrevistats, tant durant els espais grupals (grup focal i observació participant) com durant les entrevistes:

> O: Yo creo que esto ha mejorado, ya no hay tanto estigma... sigue habiendo gente gilipollas o nazi que no lo entiende o te ve así, pero en general la cosa ha mejorado. [...]
> C: Jo crec que a poc a poc això està canviant, es parla, hi han campanyes etc. Però quan passa alguna cosa dolenta es relaciona amb la salut mental *y lo tiran todo por los aires*. **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22.05.2015)**

> Si, bueno. Pues que es para la gente con problemas se da por hecho y no sé, la verdad es que tampoco lo pienso mucho, pero bueno, la gente con problemas de SM directamente. Y no sé, tampoco me pregunto qué piensan, pero bueno habrá de todo. Supongo que algunos más... Los que entiendan más del tema a lo mejor lo entienden más y otros más como locos quizás, depende... depende de la persona claro. **(Ivan, 24 anys)**

> Bueno, hay de todo en el mundo, hay gente que pensará que (el club social) es un sitio para tarados, y han gente que pensará que es un sitio que va gente con problemas de SM y... gente con problemes. **(Óscar, 25 anys)**

En alguns d'aquesta fregaments es fa una interpretació força generosa de l'evolució històrica de l'estigma social percebut i/o es destaca que hi ha una part de la població que no legitima o comparteix aquestes idees negatives. En tot cas, es veu més com una qüestió que "depende de la persona" que no com a quelcom estructural. Com passava amb la lògica del *cas per cas* dels i les professionals, que hem definit en el capítol 7, es posa més el focus en l'individu i es minimitzen els elements estructurals o una lectura de l'estigma com a resultat d'un sistema cultural concret. Sovint, com passa amb els estereotips o normes de gènere, l'estigma es significa com una qüestió que depèn de la persona, de l'individu i si es vol, de la seva subjectivitat. Som conscients que el debat entre agència individual i estructura no es pot simplificar en forma de disjuntiva, no és una cosa o l'altra, però segons la nostra anàlisi hi ha una tendència, avalada culturalment, d'individualitzar i *psicologitzar* les estructures socials (com ara el sistema de gènere o la concepció cultural de la patologia mental). Només un dels informants obre la porta a fer una anàlisi que posi el focus en l'estructura quan diu que "quan passa alguna cosa dolenta es relaciona amb la salut mental *y lo tiran todo por*

*los aires*". La narrativa és prou clara en aquest sentit; l'estructura (representada pels mitjans de comunicació) anul·la o passa per sobre de les actituds i concepcions individuals més o menys estigmatitzants. Amb això no estem qüestionant la capacitat d'agència individual, sinó constatant una concepció contemporània de l'individu (neoliberal, però també com a posicionant epistemològic[124]) que tendeix a sobredimensionar la seva capacitat d'incidència com a individu i a minimitzar el condicionament de l'estructura i el context. Val a dir que no totes les narratives presenten una idea tan positiva de l'estat actual de l'estigma (social percebut):

> *Bueno*, clar, pel meu parer, ara em donaran més pastilles pel que dic, pel que diré ara, però pel meu parer la societat està podrida, no? I parlant dintre d'un ingrés, a part que he dit allò d'abans, també diuen "és que estem ingressats, però la gent que està pitjor està fora" i l'estigma... hi ha gent que és molt.... et trobaràs de tot, perquè la gent, com les *enfermetats* mentals i la psicologia és una ciència incerta, hi ha molta diversitat funcional i hi haurà gent que dirà "doncs quin greu em sap que tu vals molt, vals molt, em sap molt de greu i jo t'*apoyo*", hi haurà gent que, que li semblaràs un *gilipollas* i et *menospreciarà*... **(Toni, 27 anys)**

> Yo pienso que la gente que ve un problema de salud mental en una persona, produce rechazo porque es aquello de "claro es que tiene algo" y ya produce rechazo y dicen "no quiero relación con esa persona porque me va a hacer algo o que puede hacer algo" y produce rechazo en algunas personas, en otras es aceptar a esa persona y esa persona puede hablar, puede expresarse, pero a la vez a la que pase algo de que es fuera de lo habitual comienza a producir rechazo (…). Porque el hecho que tenga una persona problemas de salud mental hace que la gente tienda a desembarazarse de la situación, o sea que es aquello de me va a liar, me va a confundir, me va a manipular, quiere sacar pasta, quiera sacar dinero, ese tipo de mentalidad de desconfianza que ya la hay hoy en día por la situación de muchas personas que están en la calle o la situación de situaciones mentales de las personas, pues eso hace que esa gente... pues desconfío. **(Tomás, 33 anys)**

En aquests dos casos, s'introdueixen matisos crítics respecte a les anteriors narratives i l'estigma social que es percep. Segons els dos informants, aquest segueix estant molt actiu i estès. En els dos casos no apareix com una idea absoluta, sinó que, en al línia de les narratives anteriors, apareix certa relativitat, depèn de les persones o grups socials. Fins i tot apareixen exemples, sense concretar, de persones que no estigmatitzen. En el segon cas,

[124]Determinats usos del concepte empoderament (empowerment) reforcen una idea masculinista i capitalista del self-made man (valors aplicables també a moltes dones), la qual està també darrere d'idees com l'emprenedoria. Segons aquestes concepcions, voler és poder i l'estructura on l'indvidu està inserit no és determinant.

s'anticipa l'exercici analític que farem durant la segona part del capítol, el qual es basa en la particularització d'aquest estigma social. En aquest cas, concreta quines idees defineixen i concreten l'estigma associat al "problema de salut mental": manipulació, desconfiança, engany i incertesa. El Toni introdueix dues idees més en el sentit de la concreció. La primera té a veure amb una concepció de l'estigma associat a la salut mental com un calaix de sastre que inclou des de síndromes a trastorns mentals. La segona apunta a idees diferents en funció del cas o de la marca social (què i com s'estigmatitza) que recau sobre l'individu. En aquest cas, molt en relació al *desplaçament* de l'estigma, com hem comentat anteriorment, cap a part del col·lectiu (amb "síndrome de Down" en aquest cas) amb qui es comparteix o es compartia l'etiqueta social *estigmatitzant*:

> No, no, no! això està clar! Depèn del problema que tinguis. Depèn dels símptomes i de la patologia mental que tinguis. Si, no sé, si per exemple, hi ha un home, un noi, o dona, que té síndrome de Down hi haurà gent que dirà "mira quina pena", o hi ha gent que dirà "mira quin riure, que té els ulls com un xino", no?. Clar... i com veu la societat? **(Toni, 27 anys)**

Algunes de les narratives de nois *psiquiatritzats* també relacionen l'estigma social percebut amb els efectes que produeix sobre les persones portadores de l'estigma, tant de manera directa com indirecta (anticipada):

> La salud mental está en todas partes y la gente tiene que valorar que ese tipo de gente necesita... necesita comprensión, porque el rechazo no es bueno ni para ellos, ni para la gente que tiene salud... problemas de salud mental, ni para tampoco la gente que no respeta esta situación y que esa persona es vulnerable o que esa persona puede sentir rechazo y puede sentirse ofendida y puede hacer daño este tipo de comentarios o este tipo de miradas. **(Tomás, 33 anys)**

> A mí me han dicho que, como que no lo vaya diciendo mucho porque la gente te toma por loco y te hace un poco de lado, eso es lo que he escuchado yo, pero yo creo que depende de la persona (…). Yo creo que no, no lo sé. Pero mi madre siempre me ha dicho "no lo cuentes porque a la gente no le interesa", hay gente que te toma por loco, yo creo que un poco, hay gente que es así también. No sé... **(Néstor, 25 años)**

Aquestes dues narratives inauguren la relació entre estigma social percebut (ESP) i estigma interioritzat, d'una banda, i entre ESP i d'autoestigma anticipat, per l'altra. En els dos casos es parla de les conseqüències per a la persona quan l'estereotip (estructures de coneixement apreses) i/o el prejudici (emocionalitat negativa) esdevenen discriminació (acció), tant si és una situació concreta de rebuig com si té efectes anticipats. Em sembla important

tornar a les conseqüències d'aquest estigma quan es manifesta de manera *benigna* o amb voluntat de protecció; *amagat per no ser discriminat i no patir*, però que en els fons tenen conseqüències moltes vegades negatives en termes d'autoestima i autoestigma. Aquest és un element extrapolable als debats entorn al *coming out* (sortida de l'armari) en altres col·lectius històricament estigmatitzats, com per exemple el col·lectiu LGTBI, on es produeix una tensió entre protecció i autocura davant d'una possible discriminació, d'una banda, i de l'altra, la necessitat de reconeixement i lliure expressió de la pròpia preferència sexual o identitat en mig d'un context LGTBIfòbic.

Moltes de les entrevistes realitzades es van dur a terme en bars de la ciutat, en busca d'un espai aparentment neutral i còmode per fer l'entrevista. Durant el treball de camp aquests indrets, la majoria de vegades aleatoris, es van convertir en un lloc amb certa centralitat. En un de les entrevistes me n'adono que sempre busco la taula més allunyada de la resta de gent per evitar que la conversa sigui escoltada per persones alienes. Només en una ocasió, que recordi, l'Elias va interrompre l'entrevista i em va demanar de sortir fora, a la terrassa, no volia explicar el que es disposava a narrar en un bar petit i ple de gent. En aquest sentit, recordo especialment dues ocasions en què el bar estava ple i era inevitable estar a prop d'altres taules plenes de gent o bé van arribar altres persones durant el transcurs de l'entrevista i es van asseure al costat. En aquestes dues escenes es va produir, *in situ* i mentre l'entrevista sobre aquest tema s'estava desenvolupant, aquesta tensió velada entre ESP (anticipat o efectiu) i cura o protecció de la intimitat de la persona entrevistada. L'estigma, en aquests casos, fora d'un context més habitual on es donaven la majoria d'interaccions amb els nois, esdevé contagiós, i també em pregunto què pensaran de mi, i de nosaltres dos parlant de tot això si ens senten. Parlo de tensió velada perquè en els dos casos va ser una sensació que vaig plasmar en el diari de camp però no vaig verbalitzar en aquell moment:

> Apareix gent a les taules del costat i tinc la sensació que la gent escolta la nostra conversa. En Toni no se n'adona però jo sí, i ell està explicant coses força íntimes. Sobreprotecció per part meva? O potser estigma anticipat; aquesta idea que si parla de salut mental davant de gent que no és sensible al tema hi haurà una mirada negativa. **(Diari de camp 2017, entrevista Toni)**

> Ens reunim en un bar al costat de la boca del metro. Hi ha molta gent i costa trobar un espai amb tranquil·litat. Les dues noies del costat tinc la sensació que escolten la conversa i es mostren incòmodes en escoltar determinades coses que explica el Tomás. Fins i tot tinc la sensació que callen per escoltar

> i després parlen d'això. Pateixo a estones per la seva intimitat, està explicant coses molt personals i pateixo per la mirada externa, malgrat que a ell sembla que no l'incomoda. **(Diari de camp 2017, entrevista Tomás).**

Aquestes dues situacions fan evident com un desplaçament pel que fa el context –respecte de les interaccions en espais habituals del club social o ja familiars durant l'etnografia– a espais que Augé anomenaria *no-llocs* (1992) que mobilitzen o (re)signifiquen aquest estigma social percebut. Apareix una voluntat de protecció, que no apareix en la resta d'espais, derivada del fet de ser jo el que ha provocat la situació (entrevista), i modifica el lloc que ocupa l'estigma. És una sensació molt semblant a la que he pogut tenir quan es donen interaccions en espais con el metro o el tren, en les quals aquest estigma també ocupa una centralitat que no té en altres espais.

Per acabar, volem tornar a la idea que plantejàvem a l'inici, segons la qual, en el nostre context, la identitat del boig (i de la boja, però ara ens referim l'estigma masculí) és de les que més pes té en termes d'estigma social (Ruiz *et al*, 2012). En el cas dels nois joves, socialitzats com a homes, aquest estigma s'imbrica amb els ideals de masculinitat hegemònica i pren forma tant *per excés* com *per defecte*. D'una banda, l'estigma del *noi trastornat* [125] es construeix a partir d'idees de violència, perillositat, impulsivitat i imprevisibilitat, o dit d'una altra manera, s'associa a la hipermasculinitat o a l'*excés* de masculinitat, això és així especialment en el cas de trastorns d'espectre psicòtic i relacionats amb les drogues (Kooyman *et al.*, 2007; Fazel *et al.,* 2009; Richard-Devantoy *et al.,* 2013; Moses, 2014). De l'altra, l'estigma s'articula com a *defect*e, com a manca de masculinitat quan parlem de trastorns d'ansietat i depressió (Moses, 2014), idees que han aparegut en capítols anteriors, com la vulnerabilitat, la debilitat, la dependència i la impotència, estigmatitzades per ser conductes considerades no masculines (Evans *et al*., 2011; Rice *et al.,* 2018). Tot i aquest estigma que podem anomenar bidireccional –*no et passis de masculí, però tampoc et passis de massa poc*–, quan l'estigma va associat a la *hipermasculinitat* segueix tenint un cert reconeixement social que no té la *hipomasculinita*t o la *no-masculinitat*. En aquest sentit, en un dels grups de discussió amb professionals del camp infantojuvenil va aparèixer *l'estigma de delinqüent,* el qual, segons l'entrevistat i l'entrevistada, "vesteix més" que el de boig:

[125] L'estigma no només deriva del diagnòstc psiquiàtric, sinó que hi ha altres factors estigmatitzants, com ara el fet de passar per ingressos hospitalaris, els quals es relacionen amb perillositat i violència (Link et al. 1987), etc.

J: En cas de menors per això, passava una cosa curiosa i és que com que en aquí moltes vegades era el jutge el que els enviava, ells no venien aquí per bojos, venien per delinqüents. I això facilitava, paradoxalment, molt més l'arribada (riu), perquè com que no eren ells els que demanaven ajuda, sinó que el jutge els hi ha obligat, els obliga a venir en aquí, *bueno*, doncs l'arribada era una mica més fàcil, entre cometes, per a ells, per a alguns d'ells. No?
M: *Bueno*, i que la identitat del delinqüent vesteix més que la de boig.
J: Que la de boig.. evidentment. Ara, quan veien dispositiu.... Salut mental .... uuuuu, *eso ya*...
Els tirava enrere?
J: Una mica, una mica. Tot allò que tingui que veure amb salut mental, bogeria, descontrol, debilitat, uf... tot això, clar, són coses que als adolescents els fa molt de *yuyu*. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un Hospital de dia- i Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

En aquest últim cas, i a diferència de l'estigma psiquiàtric, associat a la debilitat i la manca d'autonomia, es produeix una certa compensació de l'exclusió o l'assenyalament (estigma) a partir d'un cert reforçament de la identitat masculina i cert reconeixement social, com a mínim en determinats entorns. L'estigma de delinqüent (depenent del delicte) o la *hipermasculinitat*, per tant, poden aportar alguns beneficis en termes de reconeixement i prestigi, els quals actuen com a mecanisme de certa compensació, en termes de capital social, davant de la pèrdua d'estatus que suposa formar part d'un col·lectiu estigmatitzat. És el que passa a l'etnografia de Willis (1988), on els nois de classe baixa perden la possibilitat d'estudiar, obtenir un títol acadèmic o una feina qualificada a canvi del reconeixement social que aporta formar part de les masculinitats "col·legues".

Per tancar aquest apartat, podem dir que l'estigma social percebut associat al camp psiquiàtric tendeix a veure's com un fenomen que minva –respecte a d'altres moments històrics–, però que segueix tenint efectes, especialment pel que fa a l'autoimatge de la persona portadora de l'estigma. Aquesta dimensió de l'estigma, com la resta, cal analitzar-la a partir de veure com interactua amb els patrons de gènere, en aquest cas, masculins. D'aquesta manera es poden entendre les particularitats del seu funcionament en aquest camp i pensar, des d'aquí, mesures, en clau de gènere, que permetin la disminució d'aquest estigma i les seves conseqüències nocives.

### 8.2.2. Estigma rebut o experimentat

Avui és el dia de ràdio previ a la primera manifestació a Barcelona de l'Orgull Boig. Les professionals del club i algunes persones participants volen anar a la manifestació. Durant l'activitat de ràdio va sorgint el tema. El Toni llegeix una "experiència", una cosa que li va passar el dia anterior, que ha escrit i vol compartir. Parla d'un bar i de dues noies que, segons ell, van mostrat interès per ell. Parla d'una conversa sobre salut mental i bogeria, el text que llegeix és entre poètic i enigmàtic, no entenc del tot algunes parts. Finalment arriba al punt en què les noies el discriminen per boig, quan parla de la seva "problemàtica" o "malaltia" marxen. Aquesta història em sona, el Toni n'ha explicat vàries d'aquestes. Comença un intercanvi d'experiències sobre estigma rebut. Al principi el Toni està molt nerviós, especialment quan no parla ell i ha d'escoltar, però es va relaxant a poc a poc i sorgeix un debat molt coral i respectuós. Comença el Jose explicant que ell estava amb una noia que li agradava i que la seva àvia/mare (de la noia) el va tractar malament i li va dir a la seva filla que no anés amb ell quan va saber que tenia un trastorn. Lucas parla de quan explicar i quan no que es té un diagnòstic, parla molt de si vols trobar feina i de la importància de no dir-ho en aquest context, parla de discriminacions que ha rebut ell en aquest sentit. Explica una situació en el metro: ell anava amb una amic i es van trobar més gent, el seu amic va dir que ell tenia una discapacitat i a partir d'aquell moment van començar discriminacions via mòbil per part dels altres nois. Aquestes idees apareixen quan parlem d'orgull. No estan d'acord, en general, amb la idea que la seva situació i l'estigma rebut o el seu patiment sigui quelcom per estar-ne orgullosos, més aviat parlen d'estratègies per amagar els que els passa, amb l'objectiu de tenir una vida "normal". En un moment donat, el Nacho i el Lucas parlen de la pel·lícula "Campeones", el Lucas no la vol veure perquè està en contra de l'enfocament i el Nacho la defensa. L'Arlet explica una situació també recent: "estava al balcó de casa meva, em vaig quedar sense tabac i vaig baixar a demanar un cigarro a uns nois que hi havia a la plaça de davant de casa meva, un grup; quan ho vaig fer van començar a fer broma i a riure's de mi". Explica que els nois van fer una paròdia, com si volguessin lligar amb ella, però des de del menysteniment. Lligar apareix com a tema molt central, la relació amb els iguals, en aquest cas amics, coneguts, possibles parelles sexuals, etc. **(Diari de camp, 2018)**

Com explica Parella-Rubio (2003), existeix una relació molt estreta, i moltes vegades causal, entre estereotip (conjunt de creences), prejudici (avaluació negativa dels subjectes) i discriminació (conducta negativa cap als subjectes). És important entendre aquesta cadena entre penso-sento-actuo per conceptualitzar l'estigma en el nostre camp d'estudi, però cal, sobretot, comprendre aquesta relació com a quelcom extrapolable a qualsevol altra relació de dominació (racisme, masclisme, heterosexisme, etc.). Durant els anys de treball de camp i la investigació desenvolupada, he vist com l'estigma, convertit en acció discriminatòria (estigma rebut o *enacted estigma*[126]), és segurament una de les dimensions de l'estigma

[126]Autores com Moses (2014) el defineixen com a discriminacions reals i concretes que reben les persones i el diferencien del felt stigma, que té a veure amb l'estigma que les persones senten.

que més efectes té per a la persona que el rep, atès que produeix una confirmació de *l'estigma social percebut* (ESP) i té efectes directes quant a la interiorització d'una autoimatge negativa. Podríem haver escollit molts fragments diferents del treball de camp per encetar aquest apartat, però el que he seleccionat concentra força bé algunes de les idees importants sobre estigma rebut masculí (o *masculinitzat*). En primer lloc, confirma que ser portador de l'estigma comporta, en molts casos, un itinerari ple de discriminacions i violències rebudes a partir de les quals l'estigma es fa efectiu, però també, com apuntàvem, es confirmen les idees negatives associades al nostre camp d'estudi. En segon lloc, en el cas dels nois joves, apareixen algunes esferes de la vida social concretes a partir de les quals es particularitza l'estigma, les quals tenen molt a veure amb la identitat masculina i els valors hegemònics de masculinitat. Com veurem més endavant, es concreta sobretot en relacions sexoafectives (heterosexuals)[127], la feina i la relació amb els "iguals" (amistats, xarxa, etc.). Com hem vist en els relats de vida, aquest estigma rebut té dos escenaris principals més, on es desenvolupa i a partir dels quals s'inicien molts itineraris d'exclusió i patiment. Estem parlant de l'institut o centre educatiu (especialment de secundària), i el sistema públic-privat de salut mental. Vegem-ho a partir de dos fragments, un d'una de les entrevistes i l'altre, d'un grup focal amb joves sobre estigma:

> Des de primer d'ESO. Em van regalar l'ESO perquè hi ha gent a qui fan repetir, però la gent a qui fan repetir afortunada, perquè aposten per la gent que repeteix. A mi em passaven de curs encara que suspengués. (...) A la gent que repeteix és perquè l'escola ho valora, l'escola valora que diu: "necessita repetir per la seva formació". Jo era un cas perdut a l'institut. Jo a l'institut, m'anaven passant de curs i em van regalar la secundària, tot sigui dit, me la van regalar. (...) I parlant de gent nefasta que ja no està a la meva vida, jo vaig treure un 9,6, però va vindre el meu millor amic de l'escola, que el *tio* és super simpàtic, va dir... "com que has tret... !?" un *tio*, no et diré el nom perquè no vull, "com que has tret un 9,6? Jo he tret un 7, tu t'has copiat, tu t'has copiat *cabrón*, a no, que t'han ajudat, tu has fet *algo* de... jo he tret un 7 i tu un 9,6..." era el meu millor amic. Espera, agafo aire que m'estic posant nerviós... "Tu t'has copiat, tu no has agafat la segona millor puntuació de la classe per tu mateix, perquè ets un imbècil", m'ho recorden des de petit. (...) Em tanquen les portes, això és un altre problema meu, em tanquen les portes, per això porto cresta, perquè més que tancar-les les vull obrir perquè jo *lo valgo*. **(Toni, 27 anys)**

[127]Concebem el flirteig i el fet de lligar com a part fonamental de la sexoafectivitat, posicionant-nos a favor d'una sexoafectivitat que vagi més enllà de la les practiques sexuals penetrocèntriques.

T: Et fan sentir com una merda
C: És culpa del sistema psiquiàtric, un cop entres ja no pots sortir, et marca per tota la vida
C: Et relaciones amb gent que no té problemes mentals i et rebutgen perquè pensen que ets perillós.
*Parla dels mitjans de comunicació i de les imatges que apareixen sobre la salut mental als mitjans. De manera una mica confosa el Toni explica que vivim en una societat molt competitiva on hem de ser els millors i els més eficients ... i tu et vas quedant enrere, sents que et quedes enrere (...)*
T: Quan tens ingressos molta gent et deixa de parlar, quan surts de l'armari, com dic jo, la gent ja no vol parlar amb tu, i et perds moltes coses, deixes l'escola i perds el curs... Els meus amics de la infància sempre m'havien tractat com Toni *el raro,* i aleshores va venir l'Ingrés i a partir d'aquí ja et veuen com un malalt per sempre... jo ho amagava.... Em sento violat per la gent i els psiquiatres. Deixes moltes coses, deixes els estudis i has de repetir curs. **(Grup focal amb joves 24-35 anys. 22 05 2015)**

L'escola és el lloc clau, pel que fa l'estigma. Segons Karp (2006) el respecte i l'acceptació dels iguals (*peers*) es converteix en la principal necessitat durant aquestes edats. Per aquest motiu, els dos escenaris (centre educatiu i xarxa de salut mental) i la relació entre ells són centrals quan parlem d'estigma rebut, especialment quan es presenten de manera articulada. La violència rebuda al centre educatiu genera un patiment que, en el millor dels casos, és atès per la xarxa de recursos existents. I viceversa: un ingrés o el contacte amb la xarxa de dispositius té efectes estigmatitzants en l'àmbit educatiu. En la primera narrativa veiem un exemple d'estigma rebut, de manera més directa (*"Tu t'has copiat, tu no has agafat la segona millor puntuació de la classe per tu mateix, perquè ets un imbècil")* per part d'un company i una expressió indirecta per part de l'equip docent *(jo era un cas perdut a l'institut. Jo a l'institut, m'anaven passant de curs i em van regalar la secundària).* Aquesta segona, més propera al que autores com Moses (2014) anomenen *estigma sentit.*

Val a dir que hi ha altres factors que poden explicar el grau d'estigmatització i que ens permetrien fer una anàlisi més complexa de la relació entre "iguals" i estigma. Tajfel i Turner (2004) i Moses (2014) analitzen com es construeix la identitat social de l'adolescent respecte al grup. Moses argumenta que l'estatus social del grup determinarà el nivell d'estigmatització (com més estatus, més estigma). Altres factors com la dimensió de la xarxa social, el grau d'autoidentificació amb l'estigma, la necessitat d'aprovació de la persona, les característiques socioeconòmiques, característiques clíniques, etc. (Moses, 2011) o l'edat del primer ingrés (Moses, 2009b) calen també ser tinguts en compte per entendre, de manera complexa, els processos d'estigmatització de joves i adolescents.

En el segon fragment apareix aquesta espècie de "colición alienativa", de què parla Goffman (2009, p.142), però aquesta vegada no entre família i professionals, sinó entre dispositius/ professionals psiquiàtrics i imaginari social (o societat), un acord tàcit entre actors socials: "el sistema psiquiàtric et marca per tota la vida" i la gent et rebutja "perquè pensen que ets perillós". El coneixement expert, legitimat socialment com a tal, se n'encarregaria d'assenyalar, identificar i certificar el canvi d'indentitat (pacient, malalt, boig o diagnosticat) i el sistema cultural compartit seria l'encarregat de significar aquesta nova identitat, bàsicament, com a perillosa o incapaç. Segons un dels psiquiatres entrevistats, a vegades els professionals també reprodueixen aquest estigma, és dir que compleixen un doble rol estigmatitzant; marcar/assenyalar/diagnosticar i reproduir l'estigma:

> Potser l'estigma relacionat amb la salut mental, que sabíem que existeix, no?, i que fins i tot, entre els professionals de salut mental hi ha moltes coses... Jo crec que també perquè en part és un món desconegut i quan no coneixem també ens classifiquem i de vegades potser utilitzant paraules que no són les que toquen o utilitzant o classificant de formes errònies, i això contribueix clar, a estigmatitzar també. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta CSMIJ, 28.11.2017)**

Aquest estigma exercit, segons alguns estudis (Polanco-Frontera, Cajigas-Vargas, Rivera-Segarra, Varas-Díaz, Santos-Figueroa i Rosario-Hernández, 2014, entre d'altres), també per part d'alguns professionals de la salut mental es pot extrapolar a professionals del món de l'atenció social (Muñoz, Pérez Santos, Crespo i Guillén, 2004).

En definitiva, podem considerar que l'estigma que reben (*enacted estigma*) les persones amb diagnòstic de salut mental per part de l'entorn social i amb la imprescindible participació del coneixement expert –que no vol dir que sempre estigmatitzi, però si més no inaugura la relació entre identitat i imaginari social estigmatitzant a través del diagnòstic–, tenen un impacte directe en l'itinerari de la persona diagnosticada, el qual, en moltes ocasions, com veurem, es transforma en autoestigma. D'altra banda, aquest estigma rebut es manifesta de manera particular i es condensa en determinades esferes, en funció de sobre qui recau, en el nostre cas nois joves *psiquiatritzats*, i com hem anat apuntant, apareix sobretot en àmbits com la relació amb els "iguals", el centre educatiu (estudis), el circuit de salut mental, l'àmbit laboral i la sexoafectitat. Apareixen de manera menys central o menys explícita, que no vol dir que no apareguin, elements com ara la família, etc.

### 8.2.3. Estigma interioritzat, estigma exercit i resistència a l'estigma

> El gran problema de l'estigma no només passa per com els altres veuen l'individu, sinó com l'individu es veu a si mateix. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05.04.2017)**

L'*intereccionisme simbòlic* afirmava que el *self* depèn de com la resta l'identifiquen (Mead 1934; Gersen, 1977; Leach i Smith, 2006). La construcció de la pròpia identitat i del *self* no la podem separar per tant de com la societat percep el que som, en aquest cas, les idees associades a nois joves diagnosticats amb trastorn mental (estigma social percebut). Com veurem en aquest apartat, apareixen tres formes de relacionar-se amb aquest estigma o imatge social del noi amb trastorn: la interiorització, la transformació en estigma exercit i la resistència a l'estigma. Que dividim en tres aquest apartat, a nivell analític, no vol dir que aquestes tres formes apareguin de manera excloent entre si i no puguin barrejar-se o donar-se de manera simultània.

Abans de començar amb l'anàlisi de les dades, volem començar situant tres premisses fonamentals. La primera és que no podem fer una generalització de quines són aquestes idees associades a la bogeria i el trastorn mental, i per tant tampoc els efectes per a les persones afectades per aquest estigma. Només podem estudiar quines són les tendències principals que conformen l'estigma públic i quins efectes tenen per a les persones que en són portadores. La segona premissa té a veure amb el que Corrigan i Watson (2002) han anomenat la paradoxa de l'autoestigma ("The paradox of self-stigma and mental illness"), i que té a veure amb la relació entre subjecte i grup d'iguals. Goffman ja resumia aquesta contradicció de la següent manera: "su grupo verdadero es, en realidad, la categoría que puede servir para su descrédito" (1963:143). La paradoxa es produeix quan es confronten les conclusions d'estudis, que evoquen resultats diferents. D'una banda, hi trobem estudis segons els quals la interiorització de les idees negatives associades al trastorn mental, per part de les mateixes persones diagnosticades, produeixen una disminució de l'autoestima (Rosenfield, 1997). De l'altra, trobem estudis que neguen aquesta relació entre estigma i baixa autoestima i afirmen que no hi ha una relació directa entre ambdues (Links, 1987). Existeixen estudis elaborats per exemple amb col·lectius com les minories ètniques (Verkuyten, 1994) o persones adolescents etiquetades de discapacitades físiques o psíquiques (Crabtree i Rutland, 2001) segons els quals no sempre les persones amb problemes de salut mental interioritzen l'estigma, moltes vegades es produeix l'efecte contrari: el rebuig cap a les idees

estigmatitzants i, sobretot, la resposta davant d'aquest, comporta un procés de creixement de la pròpia autoestima (Corrigan i Watson, 2002) i una resposta basada l'apropiació de l'estigma en forma d'*agència*. Moltes vegades aquesta va vinculada a l'enuig que produeixen aquestes idees o actituds discriminatòries (Chamberlin, 1978; Deegan, 1990).

Com a tercera premissa, volem apuntar la necessitat de *problematitzar* la noció d'autoestima. D'entrada perquè és quelcom molt difícil de mesurar. O com a mínim hem de tenir en compte a l'hora de fer aquesta anàlisi les limitacions associades a establir una equivalència entre *el que jo dic* sobre la meva autoestima (fotografia estàtica que variarà en funció del context) i *el que jo sento* (quelcom molt fluctuant i dinàmic). Això a nivell metodològic comporta problemes, que no suposen negar la possibilitat de mesurar l'autoestima d'una persona, sinó simplement la necessitat d'obrir un procés de *reflexivitat* sobre les potencialitat i limitacions de cada un dels mètodes que fem servir. A nivell contextual, i tal com passa amb nocions com *empoderament* o autonomia, cal emmarcar l'autoestima en un moment històric en el qual hi ha una pressió social perquè es manifesti alta, especialment en relació al model de masculinitat, però cada vegada més apareix un model de feminitat *masculinitzat* en aquest sentit. Això apareix de manera paral·lela a la progressiva adquisició de centralitat de models interpretatius que, indirectament o directament, culpabilitzen la "víctima" del seu patiment i la seva baixa autoestima. Això genera una indignació davant del procés d'individualització del patiment que comparteixen Susan Sontag en el seu *Illness as metaphor* (1978) i Susan DiGiacomo (2013). Les autores expliquen com des dels anys 70 fins a l'actualitat, dins del camp de la medicina, apareixen discursos –com ara el de la "psicología propensa al cáncer" (DiGiacomo, 2013, p.50)– que sota el paraigües de la "novetat" epistemològica que suposa concebre les relacions entre cos i ment[128], entre biologia i cultura en el camp mèdic, acaben per *psicologitzar* el patiment i la malaltia, reduint-lo a una qüestió de voluntat individual, quelcom especialment extrapolable a diagnòstics com la depressió o els anomenats *trastorns de l'estat d'ànim*[129]. A diferència d'altres malalties que també s'expliquen a partir d'un esquema biomèdic, com podria ser l'Alzheimer, en el cas de determinats trastorns psiquiàtrics conviuen aquests dos discursos; un que situa l'etiologia en una dimensió

[128]Sortint de l'esquema cartesià clàssic.

[129]En aquest sentit, la Tesi Doctoral de Zapata (2019), "La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal" aporta narratives i una etnografia que il·lustra la culpa associada a la depressió, especialment relacionada amb un ideari patriarcal de depressió femenina.

purament orgànica o neuroquímica (aparentment exclosa de la pròpia voluntat), i un discurs que paral·lelament situa la capacitat de *sortir de la malaltia* en la força de voluntat i la responsabilitat individual. Tot seguit reprendrem els efectes d'aquesta emergència de corrents *individualitzadors* del malestar i la malaltia. Ho farem a través de l'anàlisi de les narratives i l'observació realitzada i a partir de les tres formes de relacionar-se amb l'estigma i l'etiqueta diagnòstica: interiorització, estigma exercit i resistència a l'estigma.

**8.2.3.1. Interiorització**

Si ens centrem en els nostres resultats, observem una presència preponderant de la relació entre estigma interioritzat i baixa autoestima i una dificultat a l'hora de (re)apropiar-se d'aquestes idees negatives i transformar-les en resistència (la quan apareix però en menor proporció) o en un procés de polititització del propi patiment o situació de subalternitat:

> T: Que et diagnostiquin una discapacitat o un trastorn....t'enfonsa la vida. Et diuen que ets un malat mental i t'ensorres i et deprimeixes a tu mateix, perds el nord, més pel que et diuen que per la malaltia potser... i potser la teva paraula ja no val, ja no saps si el que dius té valor, no saps si ets causa o conseqüència del problema(...). L'estigma té a veure amb ser un perdedor i necessitar molta ajuda. Et comences a sentir culpable o dubtes de si és culpa tema, si t'ho mereixes i si és culpa teva, comences a pensar això. **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22.05.2015)**

> Mi autoestima ha estado quebrada desde entonces. Es algo bua.. bestial. Mi autoestima y mi negatividad como que se han impuesto desde todo lo que pasé y se ha creado como si fuera mi personalidad (…), pero tampoco lo sé, también es como soy yo, que a lo mejor es que esto, por como soy, me iba a pasar sí o sí. No los sucesos, pero me iba a hundir o me iba a sentir mal, deprimido sí o sí, porque ...yo... no sé. Yo, es que creo que soy un poco así, así, no sé. A lo mejor es algo que me tenía que pasar sí o sí por cómo soy. (…) Yo creo que los hechos han influido lógicamente una barbaridad, pero creo que yo siempre he sido o he podido ser, es que no sé como decirlo... no me sale, pero como que frágil psicológicamente o.. no sé. No sé exactamente cómo decirlo.(…) Sí, yo recibir no he recibido especialmente bullying, he recibido a lo mejor marginación, entre comillas, ¿sabes? Aunque automarginación también, pero bullying no, de eso de meterse allí conmigo no. **(Elías, 24 anys)**

En aquestes dues narratives constatem aquesta *interiorització de l'estigma* en forma de baixa autoestima i autoconcepte negatiu, derivats de la situació de patiment i de l'estigma públic percebut. Tot i això, apareixen matisos importants entre una i l'altra. En el primer cas, la relació entre l'*acte mèdic* del diagnòstic i la interiorització de l'estigma es presenta com a causal i quasi axiomàtica. Com diria Goffman, la *mutilació del jo* (2009) associada a la *càrrega moral del malalt mental* –en el nostre cas actualitzada i centrada en el diagnòstic

psiquiàtric– es tradueix que "potser la teva paraula ja no val", simbòlicament deixes de tenir veu per delegar-la al *saber expert*. Un cadena d'esdevenimentsque confonen la *causa* amb la *conseqüència del problema*. I crec que aquí hi ha una de les claus per entendre aquest procés de culpabilització de la víctima, del seu patiment i del seu emmalaltiment, de la qual parlen Sontag (197) i DiGiacomo (2013), especialment transcendent en el camp de la salut mental. Es construeix un imaginari de la patologia mental *liminar,* on el malalt és responsable i resultat alhora, víctima i botxí. Aquí podem analitzar tots els discuros del *voler és poder* que compatibilitzen una explicació etiològica i desreponsabilitzadora del trastorn –com a morbosa, orgànica i situada en el cos– amb una recuperació (concepte que més s'assembla a la curació aplicable a d'altres camps de la medicina) que dependria de la força de voluntat[130] i el treball personal.

El segon cas, el procés d'interiorització de l'estigma, és diferent i molt més basat en la culpabilització, la responsabilitat personal i sobretot, en certa predestinació del seu itinerari. Apareix en aquesta narrativa[131] una interiorització retroactiva i identitària que totalitza la identitat de la persona; "es que creo que soy un poco así, así, no sé. A lo mejor es algo que me tenía que pasar sí o sí por cómo soy". La màxima expressió de la interiorització a partir de la culpa, a partir d'una versió antagònica a l'èxit del *do it yourself* en forma de fracàs, el qual també podem interpretar com una sort de feminització dels homes amb depressió, des d'un punt vista patriarcal.

En aquest sentit, i reprenent en fil del capítol 7, quan parlem de *masculinitats marginals* produïdes arran de la incompatibilitat entre masculinitat hegemònica (MH) i *masculinitat psiquiatrizada*, es produeixen algunes inversions del model hegemònic interessants. En

[130]Com apuntàvem, aquesta contradicció (entre desresponsabilitat patològica i responsabilitat individual) apareix de manera especialmet recurrent en narratives sobre la depressió i afegeix malestar al malestar. El llibre "Estigma: Historias de vida contra el estigma en salud mental" (2018) recull alguns relats experiencials que il·lustren aquesta tensió; "La depresión es una mierda. Lo es en sí, pero también lo es porque quien no la vive no es capaz de comprenderla. De hecho, yo llevaba toda la vida, desde que tengo memoria, conviviendo con una mujer con depresión, mi madre, y nunca había aceptado que lo que le pasaba escapaba de su voluntad, que era una enfermedad y que no lo podía evitar. Yo la culpaba a ella, la responsabilizaba, que es lo que suele hacer la gente que no tiene depresión a la gente que sí la tiene, con frases como: Si quisieras hacerlo, realmente lo harías".

[131] Podem veure aquesta narrativa completa en el capítol 6 dels relats de vida, a partir de l'exemple de l'Elías, especialment.

moltes de les entrevistes realitzades i converses enregistrades durant el treball de camp, apareix una dificultat manifesta o molta inseguretat a l'hora de donar la seva opinió sobre algun tema que jo proposo/pregunto de caràcter més general o abstracte, una inseguretat que apareix en menor mesura quan el relat va més encaminat a parlar del seu patiment i del seus itineraris personals d'aflicció. Diem que això és una inversió del model de MH perquè la masculinitat que acostuma a ocupar l'espai públic (des dels mitjans de comunicació a les trobades amb amb amics o família) troba més dificultats a parlar de la seva vivència, vulnerabilitat i del seu patiment i més facilitat (a vegades massa) a l'hora de fer abstraccions i opinar sobre qualsevol tema, cosa que en aquest cas és just el contrari. En més d'una ocasió, les persones entrevistades, quan són nois amb diagnòstic, es justifiquen abans de començar l'entrevista, manifesten la seva inseguretat i diuen que ells tenen poc a dir o poca opinió en general. Aquest tipus de comentari o prèvia mai me l'he trobat quan he entrevistat un/a professional i em sembla indicatiu de la interiorització de l'estigma de les persones amb diagnòstic, la qual cosa suposa una limitació important a l'hora de definir el poder d'enunciació en aquest àmbit, o com diu Goffman (2008):

> "Se trata de individuos que han realizado un concienzudo aprendizaje de lo normal y lo estigmatizado mucho tiempo antes de tener que considerarse a sí mismos como personas deficientes. Es probable que tengan un problema especial en reidentificarse consigo mismos, y una especial facilidad para la autocensura". (p.51)

Apareixen discursos del *no-saber,* que ja vam analitzar en una investigació anterior (Cela, 2012) i que són transversals en el camp estudiat, però que tenen un pes especial en l'estudi de les masculinitats:

> Me cuesta porque tengo una barrera que me impide que, o sea, como que no soy capaz como de explicarme o de entender las cosas como quisiera porque mi coeficiente no es como el de una persona normal, puede ser por la medicación o por lo que me ha pasado o por los ingresos, o sea, que me haya tocado alguna parte de mi cerebro que no esté, o sea, bien, o sea, como tendría que ser, o sea, de una persona, yo qué sé, que no les cueste explicar las cosas y que se dé a entender, ¿sabes?. O sea, me cuesta, no sé si lo notas tu también. **(Nicolás, 26 anys)**

En aquest cas, la interiorització de l'estigma s'ubica en el cervell. Tal i com hem analitzat anteriorment, es *corporalitzen* (ubicant-les en el cervell, en aquest cas) i es naturalitzen així factors de l'ordre social o ambiental. Com diria Martínez-Hernáez (2014), són

*neuronarratives* que responen a una concepció del *subjecte cerebral*, segons la qual el patiment es situa simbòlicament en aquesta part del cos, maniobra que respon a un recorregut històric (Vidal 2009, Ortega 2009), el qual, des del segle XVI fins a l'actualitat, ha anat construint un paradigma hegemònic que redueix el *ser* i el *jo* al cervell. Segons aquesta doctrina, el cervell "constituye el locus por exelencia de la identidad personal" (Martínez-Hernáez, 2013). D'aquesta manera, la relació entre itinerari psiquiàtric i estigma interioritzant ("no soy capaz como de explicarme... como una persona normal") passa per una acció externa, quasi significada com a neutral, escèptica i amb subjecte el·líptic ("me haya tocado alguna parte de mi cerebro"), però ubicada en punt del cos molt concret: el cervell.

Quan parlem d'estigma interioritzat, el discurs, entès en termes *foucaultians* – és a dir, com a constructor d'ordre social, i que per tant va més enllà d'un sentit conversacional– combina aquesta colonització biomèdica del discurs (cerebral) amb dues idees o concepcions de la bogeria històricament anteriors, o si més no prèvies a la seva medicalització (Comelles, 1988,2006), i per tant d'ordre moral i religiós. Ens referim a *la culpa*, d'una banda, i a *lògica benèfica* (d'ajuda al més necessitat), de l'altra, les quals perduren en el temps i es solapen amb concepcions més medicalitzades de la bogeria, idees que segueixen sent importants, en el terreny de simbòlic i a l'hora de relacionar-nos com a cultura amb la bogeria i el trastorn:

> A la primària em veien com un *tio raro*, a l'institut molt de *bullying* i a formació professional em volien matar amb una broca. Llavors dius, hòstia, *claro*, la pregunta del segle, saps?, *claro*, *si todo el mundo está contra tí, a lo mejor el problema es tuyo*, la típica pregunta, no?, *a claro que todo el mundo te pega, todo el mundo te maltrata, todo el mundo te insulta, a lo mejor el problema lo tienes tu. Pues mira, me hago el harakiri tio, y te comes mis tripas, no?* Tu com ho veus?" **(Toni, 27 anys)**

> Que le daba mil vueltas a las cosas, que cuando me iba a dormir más que nada. Pero en el día también, a lo mejor pensaba "digo esto, o digo lo otro", pues lo típico, que estás escuchando y para no interrumpir las clases, muchas veces, decía ya me lo miraré, ¿sabes?, no podía... decía no voy a estar todo el rato preguntando que quedo como tonto y lo dejaba pasar. (…) Yo creo que somos gente que necesitamos ayuda, hay gente más que otra, pero yo sé que necesitamos ayuda la verdad, pues que vemos cómo... hay gente que no tiene tanta, que igual tenemos menos capacidad, ¿no?, de concentración o... depende del caso, ¿no?, yo creo que hay que ayudar a la gente. **(Néstor, 25 anys)**

Apareix per tant, una dialèctica entorn de la culpa davant de les agressions rebudes, en el primer cas en un to més crític, i en el segon cas, relacionada amb la necessitat d'ajuda perquè

es té "menos capacidad". Ambdues reflecteixen, de nou, una concepció de l'autoestigma que situa la responsabilitat de la situació en el subjecte i no en la estructura. Com passava amb la narrativa del Nicolás, una part important d'aquesta interiorització de l'estigma passa per la capacitat intel·lectual o cognitiva. Val a dir, que, com veurem després, la primera de les narratives obre la porta o planteja la possibilitat de posar aquesta lògica en dubte a partir certa dosi d'ironia.

Si tornem a la paradoxa de l'autoestigma que plantejàvem a l'inici, el paper del grup d'"iguals" encaixa en aquesta concepció aparentment contradictòria. I ara parlem d'*iguals* per referir-nos a les persones amb qui es comparteix etiqueta social, relació que hem pogut observar durant el treball de camp. Aquesta paradoxa rau en dues funcions contradictòries que ocupen el grup i que per tant són objecte de debat en estudis sobre estigma, joventut i adolescència. D'una banda, ens diu Crabtree *et al.* (2010), el grup de suport (o formar-ne part) comporta un increment de la resistència davant l'estigma associat a la malaltia mental i el rebuig als estereotips que s'hi associen. Afegeixen, a partir del seu estudi, que altres elements com el suport social d'un grup extern (no estigmatitzat per problemes de salut mental), la resistència a l'estigma i el rebuig als estereotips sobre la malaltia mental preveuen o comporten una millora de l'autoestima, i això coincideix amb els estudis sobre identitat social i salut (p.e. Branscombe, Schmitt i Harvey, 1999; Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal i Penna, 2005; Haslam, Jetten, Postmes i Haslam, 2009). D'altra banda, la identificació amb el grup estigmatitzat (altres persones amb diagnòstic o *psiquiatritzades*, per exemple) també comporta, segons aquest estudi, menors nivells d'autoestima. El que demostra aquest estudi, per tant, és que la identificació amb un grup estigmatitzat pot tenir implicacions negatives per a l'autoestima (com apuntaven McCoy i Major, 2003), però alhora serveix de base per a la construcció d'estratègies d'empoderament i d'oposició col·lectives. En aquest sentit analitzem les dues vinyetes següents:

> Estem jugant a l'UNO. Apareixen el Toni i el seu amic Nil. El Toni està orgullós de presentar el seu amic malgrat que ja el coneixem. Primer pregunta si pot venir o no al CS el seu amic. Responem la Raquel (educadora) i jo que cap problema. Primer seriosament i després de broma diu que "ell també té el carnet de tontet", mentre assenyala el seu amic. Es refereix a la discapacitat certificada. Fan broma d'això. Raquel explica el funcionament del CS. No es demana diagnòstic ni carnet discapacitat per participar de les activitats del CS, però legalment sí que es demana per rebre la subvenció pública. (...) Abans de marxar, el Nacho explica emocionat a la Raquel que està molest perquè creu que ella i l'Esther (educadora) no els acompanyen al metro perquè els fa vergonya anar amb ells "porque

> tenemos discapacidad". Està molest. La Raquel explica que no van amb ells "porque tenemos que hablar de cosas del club" i manifesta molèstia perquè ell pensi això. **(Diari de camp 2017)**
>
> Quan l'Iu marxa, ens quedem el Toni, la Raquel (educadora) i jo, i passa quelcom que ha anat passant altres vegades i que després comentarem amb la Raquel. El Toni se sent incòmode i diu alguna cosa semblant a "ara em quedo jo sol, dels *tontents* vull dir", es posa nerviós, i fa evident que no li agrada aquesta situació. No se sent còmode en aquesta relació professional-"usuari" quan aquesta es fa evident. Sempre que pot, fins i tot avui que no hi és, desqualifica el Nacho i es posa per sobre d'ell, però fa evident la seva posició subalterna davant del/la professional demanant-nos permís explícit per qualsevol cosa. **(Diari de camp, 2018)**

Aquestes dues escenes o fragments recollits durant una tarda d'activitat al club social, recullen la contradicció que suposa per a alguns dels nois participar o formar part d'un grup estigmatitzat. Si hom s'identifica amb un grup estigmatitzat, serà estigmatitzat per la societat també, i se li atribuiran els mateixos estereotips que al grup. Això té implicacions negatives per a la pròpia autoestima i autoimatge (Bourguignon, Seron, Yzerbyt, i Herman, 2006). Però alhora el grup pot protegir les persones dels problemes derivats de l'estigma a través de *copying strategies* col·lectives (Branscombe *et al.,* 1999; Haslam *et al*, 2005), o que si més no passen pel fet grupal. El grup és també fonamental per reforçar el sentit de pertinença i la pròpia imatge i identitat. Recuperant la proposta de Corrigan i Watson (2002) i la seva *paradoxa de l'autoestigma* en el camp de la salut mental, podem confirmar que aquesta opera i que travessa també contextos com l'estudiat.

#### 8.2.3.2. Estigma exercit

Els dos fragments de narratives anteriors ens permeten establir un vincle entre les estratègies de masculinització (Tema 7) i les dimensions de l'estigma, en aquest cas estigma interioritzat. Una de les formes de resoldre o pal·liar el malestar que genera la paradoxa l'autoestigma en relació amb el grup estigmatitzat (del qual es forma part) es basa a generar jerarquies internes i establir relacions de domini o violència amb la resta, com acabem de veure en la segona vinyeta i anteriorment en l'apartat 7.3.1. (*Dominació, subordinació de l'alteritat i violències*). En part, podem entendre aquest tipus de situacions com a *estratègies de masculinització* i jerarquització entre nois, però també com a maniobres que permeten la transformació de l'estigma social percebut en estigma exercit:

> Clar et trobes amb la gent del psiquiàtric que és això que parlàvem abans sobre l'estigma, que dintre del mateix cúmul de la sanitat mental hi han prejudicis entre la mateixa gent, no? Vull dir... "*mira ese*

> *mongoli*...", per exemple, anem a ser políticament incorrectes, estàs ingressat i "*el* mongolito *de la habitación 500*", no? perquè sempre, a mi sempre, *bueno*, a mi sempre m'ha tocat molt els nassos lo de si se nota la malaltia o no. (...) Però sí que hi han prejudicis entre els mateixos malalts, això sí. O sigui, tu estàs pitjor que jo, no?. Que estic aquí que un home que estigui diagnosticat i també t'hi fiques amb ell... amb la mateixa malaltia. (…) Que en el mateix col·lectiu de diversitat funcional hi ha estigma... pot haver-n'hi, a veure, tampoc té perquè. **(Toni, 27 anys)**

> La conversa va derivant fins que l'Octavi elabora una idea sobre l'autoestigma, a partir del que ha dit el Toni considera que ell també estigmatitza les persones diagnosticades perquè diferencia aquelles que han d'estar tancades o tenen una malaltia i les que no. Per tant, genera estigma cap a les altres. El Toni parteix de la idea que al final t'acabes creient el que la gent diu: autoestigma. **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22.05.2015)**

Per analitzar el col·lectiu de persones portadores de l'estigma, com en qualsevol altra grup humà, cal veure com es conjuguen la dimensió vertical (dominació) i l'horitzontal (cooperació). Si ens centrem en la primera com a resultat de l'estratificació (en funció del gènere i l'adherència al model hegemònic, però també en funció del capital social, cultural, econòmic, l'origen, etc.), observem que l'estigma exercit és un mecanisme que genera i manté les jerarquies dins dels grups. En els dos fragments, es veu aquest estigma dins el mateix col·lectiu com una forma d'autoestigma o de participació de les dinàmiques estigmatitzants, tot i compartir l'opressió que genera. Aquestes estratègies es desenvolupen de manera paral·lela i articulada amb les *estratègies de masculinització,* i fan que molts nois que han estat estigmatitzats en altres entorns (escola, grups de persones de la mateix edat, etc.) es sentin més còmodes en espais de la xarxa de salut mental que en espais mixtos (amb persones que no hi tenen cap contacte i sense diagnòstic). És per això, que moltes vegades prefereixen –de manera més o menys conscient– mantenir-se en aquest circuit, com a mínim parcialment. D'aquesta manera, l'estigma associat a participar d'aquests espais (estigmatitzats socialment) esdevé un preu a pagar per gaudir d'una posició avantatjada dins del grup, i si és necessari poden mantenir actituds estigmatitzants envers la resta per mantenir aquesta posició, tot i les conseqüències que per ells tingui reforçar aquesta estructura. El funcionament és molt semblant a la relació entre *subhegemonia* i *subsubalternitat* que planteja Coles (2009):

> L'Ivan, durant l'entrevista, fa una classificació molt clara dels diferents tipus de persona que hi ha dins del club social. Ell té molt clar que ell només està allà per una qüestió purament d'interès per l'activitat. D'alguna manera ell deixa clar que no s'identifica amb la gent que va al club social i diu qui dintre d'aquest hi ha una diversitat, ell parla de "*niveles*". **(Diari de camp 2016, entrevista Ivan, 24 anys)**

> Sí, era un poco de todo. (En el hospital de día para adolescentes) Siempre había alguno que se notaba que estaba más mal, o sea que tenía más... O sea que no pega tener tanta relación. ¿Sabes? O sea, no por rechazarla pero no veo... o sea ¿qué voy a hacer yo ir con ellos tampoco en plan amigo? pero no por rechazarla mi nada. **(Ivan, 24 anys)**

Aquesta posició o rol de mirar-se des de dalt el grup ha estat representat per diverses persones durant els anys de treball de camp, tot i que no sempre des de l'hostilitat. En ocasions ha propiciat actituds de cura entre aquests rols de poder i els rols subalterns, una manera benigna de mantenir la jerarquia. Recordo una ocasió durant la qual una de les educadores narrava una conversa amb un noi que es plantejava deixar l'equip de futbol i l'activitat. Quan expressava els dubtes de si fer-ho o no i de si buscar un equip fora de la xarxa de salut mental, explicava que un dels motius per no voler-ho deixar era perquè notava que el grup (l'equip) el necessitava. I això en part era cert, durant tot el treball de camp realitzat dins del marc de l'activitat de futbol va ser una persona amb un rol amable i cuidador respecte a la resta, la qual cosa ajudava a la cohesió del grup. Això no treu que aquesta cura estigués vinculada a una posició de certa superioritat o privilegi respecte a d'altres membres del grup i que existissin altres motius que expliquessin la seva dificultat a fer un canvi d'equip, relatius a l'abandonament del rol de poder i reconeixement dins del grup, per passar a un altre grup on el seu rol seria indefinit. Aquestes situacions i aquesta dificultat per abandonar espais considerats "segurs" com el CS tenen molt a veure, com dèiem, amb itineraris i conjunt d'experiències viscudes durant les quals s'han associat els espais normatius, que no formen part de la xarxa de salut mental (equip de futbol, escola etc.), a espais hostils o difícils de sostenir.

#### 8.2.3.3. Resistència a l'estigma

Branscombe *et al.* (1999) apunten que els membres que formen part de grups estigmatitzats poden negociar amb l'experiència del prejudici a través de la resistència a l'estigma i el rebuig dels estereotips. El grup esdevé la base i els fonaments per a la resistència (Turner *et al*., 1994), el desafiament i el rebuig davant la mirada estereotipada (Reynolds, Oakes, Haslam, Nolan i Dolnik, 2000). Per tant, la identificació grupal és un important element a tenir en compte a l'hora de preveure la predisposició a implicar-se en la resistència en nom del grup (Veenstra i Haslam, 2000; Van Zomeren, Postmes i Spears, 2008). Segons Crabtree *et al*. (2010) i les experiències de suport mutu existents en el nostre context (*GAM*s, Activament etc.), els grups de suport social poden aportar una alternativa (o

complement) vàlida a la medicació i a les teràpies, tot reduint els problemes associats a la salut mental i/o patiment psíquic.

En el sentit contrari, l'autoestigma en relació al grup (i el seu funcionament paradoxal analitzat) és un element que actua de limitador o bloquejador dels moviment de resistència o polititització del patiment subjectiu i davant de la càrrega estigmatitzant de l'etiqueta diagnòstica. Per tant, tal vegada hauria de ser tingut en compte a l'hora de generar mecanismes, estratègies o campanyes per reduir l'estigma. Això es fa especialment evident en *interaccions mixtes* (Goffman, 2008) entre el grup estigmatitzat i el grup que en un mateix context no és portador de l'estigma de salut mental:

> Sortim a la plaça on avui es fan activitats de circ organitzades per diferents entitats. Volem fer entrevistes pel programa de ràdio a persones que participin de l'activitat o l'organitzin. En un moment donat, el Toni es llança a parlar amb un noi jove per veure si vol ser entrevistat, però aquest explica que no sap per a què és l'acte. Una altra noia del grup on estan demana que l'entrevistem a ella, ens diu que "un moment", està enviant per whatsapp un missatge a un grup per dir que l'estan entrevistant per la ràdio, ens pregunta quina ràdio som. Comença la inseguretat i el joc de la visibilitat/ocultament, com dir-ho?, eufemismes?, com ho fem perquè tots i totes se sentin còmodes?. Toni comença amb idees abstractes, "Club social", "Associació" jo afegeixo "joves", de cop em veig justificant-me en accés, incòmode. Ens toca descriure quin som, sense un consens previ, volem dir que venim del camp de la salut mental, ¿per què cal dir-ho? **(Diari de camp, 2018)**

> Hem acabat l'entrenament (de futbol). Abans de marxar parlo amb els dos amics del Nicolás: en Ramón i l'Eduardo. Els explico el problema que tenim si som tanta gent, poden venir però amb el risc que no sempre puguin jugar a futbol, tenen prioritat els que ja estan apuntats de fa temps. Assenteixen. Em pregunten "¿esto qué es, quiénes sois?", es refereixen al grup. Em sorprèn la pregunta, però quan hi penso no tant. Nicolás ens ha explicat, quan estaven seguts descansant entre partit i partit, que són companys de classe, del mòdul que està estudiant. Ens explica que un és bon estudiant i l'altre no. Torno a la pregunta "¿esto qué es, quienes sois?". Es fa evident que el Nicolás els ha convidat a jugar a futbol, però ha evitat qualsevol altra informació sobre què és un club social, que ens uneix a tots aquí a part del futbol, explicacions que potser no cal donar, manifestacions de l'estigma *peer to peer* o una mica de tot. Ens preguntem amb l'Aina (entrenadora) si deuen tenir alguna impressió/sensació respecte al grup, o si és cosa nostra. Jo no responc a la pregunta, dic que som un club social i poc més, la resta dic que ho parlin amb el Nicolás, és ell qui ha de gestionar aquesta informació i el contacte per saber quan poden venir i quan no. **(Diari de camp, 2018)**

Com parlarem més endavant, aquestes dues situacions tenen a veure fonamentalment amb les estratègies d'ocultament/visibilització que es donen en qualsevol grup estigmatitzat

socialment. Durant els anys que ha durat el treball de camp en dispositius de la xarxa de salut mental recordo la incomoditat que moltes vegades genera parlar o proposar debats explícits sobre la bogeria i el patiment psíquic. Gran part de les persones que formen part de les activitats del club manifesten una actitud negativa o de rebuig quan es proposa una activitat sobre aquest tema, especialment si es planteja des d'una posició polititzada. Podríem posar com a exemples la preparació de la manifestació de l'*orgull boig*[132], una proposta de documental que es volia fer sobre salut mental o converses informals que han aparegut sobre altres col·lectius que tenen un posicionament clar i polític sobre el tema. Recordo especialment un fragment de conversa, després de l'entrevista realitzada, que vam tenir amb una de les informants de la darrera investigació (Cela, 2012):

> [...]es mostra mig avergonyida mentre m'explica que els del col·lectiu Trangressió[133] "són estranys". Parlen del que anomena "problemàtica mental" i diu que "ells també tenen una "problemàtica però només parlen d'això". Segons ella "no cal parlar d'això constantment per integrar-se, al contrari ens hem d'oblidar d'això". En canvi em parla encantada d'una entrevista que li van fer al taller on treballa (Centre especial de treball - CET) per fer propaganda del Centre. **(Diari de camp, 16.12.2011)**

Malgrat que l'estigmatització és aplicable a tot el col·lectiu, hi ha matisos i diferències que tenen a veure amb el posicionament davant aquesta estigmatització. No és el mateix presentar-se socialment com una víctima que com una activista:

> "Cuando el objetivo político último es suprimir la diferencia provocada por el estigma, el individuo puede descubrir que estos mismos esfuerzos son capaces de politizar su propia vida, volviéndola aún más diferente de la vida normal que se le negó inicialmente, aun cuando las generaciones posteriores de compañeros saquen buen provecho de esos esfuerzos al obtener una mayor aceptación" (Goffman, 2008, p.145).

Per tant, davant de l'estigma ens podem trobar maniobres de resistència i de politització o bé el desenvolupament d'un rol que no posi en qüestió l'ordre establert i simplement s'hi adapti. I fins i tot, totes dues coses barrejades. El "buen ajuste" del desviat/desviada

[132]Manifestació reivindicativa, de caràcter internacional, que es celebra a Barcelona des de maig del 2018: http://orgullboig.org

[133]Nom fictici.

a la "normalitat fantasma", que diria Goffman (2008), o adaptació al rol social assignat (en aquest cas de malalt mental), és un mecanisme extrapolable a d'altres grups estigmatitzats que no posa en dubte l'ordre establert, però que esdevé central per a la gestió de les relacions interpersonals en el nostre camp. I en aquesta direcció, la idea del malalt mental desemparat que treballa en un CET, més propera a l'imaginari de la infància que necessita d'un adult, té més tendència a ser acceptada socialment com a "desviació normal" (*no ho facis, però si ho fas fes-ho així),* molt més que un posicionament polític i amb intencions subversives, representat en aquest cas pel col·lectiu *Transgressió*[134], el qual té més tendència a ser estigmatitzat i negat. Per tant, i per concloure aquest apartat, considerem que el posicionament o resposta davant de l'estigma, en un context que contempla maneres preestablertes de ser un *desviat normal* o un bon malalt mental (parafrasejant al *bon sauvage* de Levi Strauss[135]), condicionarà les formes d'interiorització de l'estigma, però també el lloc social d'aquestes persones, habilitant possibles transformacions de l'ordre social o reforçant-lo.

## 8.3. | Partícules de l'estigma

Un cop analitzades les dades extretes del treball de camp a partir de *com* s'expressa aquest estigma (dimensions), considerem interessant discutir aquestes dades també en base a *on* s'ubica i es territorialitza. Ens preguntem per tant, més enllà de les idees abstractes que poden circular en un context concret sobre la malaltia mental i la bogeria, en quins en espais o contextos –físics, però sobreentesos com a territoris simbòlics– es desenvolupa aquest estigma, i per tant es particularitza. Això ens permetrà també veure com s'articulen amb altres estigmes d'origen diferent o que tenen a veure amb d'altes variables (edat i adolescència per exemple), d'una banda; i de l'altra, ordenar les dades i la interpretació d'una altra forma per generar major coneixement sobre el funcionament social de l'estigma. Per fer aquest exercici, i segons la codificació de les dades realitzada, partirem de 8 partícules: professionals, medicació, diagnòstic, dispositius, família, adolescència, "iguals" (*peers*) i

[134]Un colectiu i una associació, ubicada a Barcelona, i formada per persones amb i sense itineraris medicalitzats de patiment que esconstitueix com a territori polític i reivindicatiu i que entre d'altres coses té com a objectiu deconstruir l'estigma.

[135]Strauss, C. L. (2005).

estudis. No ens interessa fer un relat exhaustiu de totes les narratives (professionals i joves) i vinyetes observades durant el treball de camp que tenen relació amb les esmentades partícules, sinó emprar exemples etnogràfics per il·lustrat i analitzar el lloc que ocupen en l'itinerari estigmatitzant dels nois amb patiment subjectiu.

### 8.3.1. Partícula: Professionals psi

> No diuen que van al psiquiatre, no els agrada, jo que sóc psiquiatra-psicoterapeuta, no els acaba d'agradar dir que van al psiquiatre, diuen que sóc la seva psicòloga, o que sóc la seva metgessa, però la paraula psiquiatra sí que els costa.(...) Normalment a mi em diuen pel nom, i quan els diuen als companys on van diuen que van a la Carla, no parlen de doctora, ni parlen de cognom, ni... Em tenen com un personatge més de les seves vides, com un assessor, almenys els que venen aquí al despatx. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05.04.2017)**

> Jo a l'escola... en tot l'institut, no li vaig dir a ningú que em medicava i que anava al psiquiatra o psicòleg, evidentment pel rebuig de la classe. **(Toni, 27 anys)**

Un dels factors més rellevants de l'estigma, i això és aplicable i transversal a la resta de partícules, té a veure amb la seva *"*perceptibilidad*"* i "evidenciabilidad" (Goffman, 2008, p. 69), és a dir, aquells elements que el fan visible, que l'activen. A diferència d'altres estigmes físicament perceptibles, l'estigma de salut mental pot jugar amb estratègies de visibilitat/ocultament –sobre les quals tornarem més endavant–. Com veiem en la narrativa anterior, la relació amb el professional, especialment si és psiquiatre/a, i en menor mesura si és psicòleg/psicòloga, esdevé un element que evidencia o activa l'estigma. Per aquest motiu, apareixen estratègies per tal d'evitar, ocultar o minimitzar (no dir-ho o buscar una altra terminologia amb menys càrrega estigmatitzant) la informació sobre la relació amb professionals del camp de la salut mental. Tanmateix, apareix força consens respecte a l'evolució positiva de la càrrega estigmatitzant que té ser atès per una persona professional de la xarxa de salut mental:

> Encara se sent a dir allò de "anar al psicòleg o anar al psiquiatre, *pues* és de bojos", m'explico? Això encara circula però cada vegada circula menys (...). Cada vegada circula menys perquè cada vegada són més els nanos, segons infància i adolescència, que ells mateixos demanen el psicòleg, i crec que et vaig posar algun exemple, fins i tot, si no recordo malament, d'algun que es presenta aquí, que demana directament i que no vol que ho sàpiguen els pares, etc., etc., etc. Per tant, jo crec que això està caient. (...) Una altra cosa és com la societat construeix algo sobre... estigmatitzant respecte els nanos que són tractats en salut mental. **(Montse, Directora de CSMIJ, 17.01.2018)**

> C: Jo crec que poc a poc això està canviant, es parla, hi han campanyes, etc. Però quan passa alguna cosa dolenta es relaciona amb la salut mental *y lo tiran todo por los aires*. **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22.05.2015)**

Aquesta evolució històrica, segons la qual els professionals de la salut mental i la seva atenció implicarien un estigma cada vegada menor es deu, entre d'altres coses, a la medicalització de la psiquiatria i la psicologia durant els segles XX i XXI. Segons algunes de les narratives, aquest procés ha contribuït, en alguns casos, a desestigmatitzar la professió de manera progressiva:

> També és veritat que hi ha joves que et diuen que per a ells venir aquí, això és extraordinari sentir-ho, però per ells anar al *loquero*, diuen "para mi es como ir a un médico más", no? I em penso que això afavoreix molt que aquests sí que tinguin continuïtat en el tractament, segons com construeixis, no? el que és una ajuda, i que és un metge més, un professional més... com quan pugui anar al dentista o pugui anar al ginecòleg o pugui anar al de digestiu, o pugui anar a l'oftalmòleg...." **(Dani, psicòleg CSMA, 01.03.2018)**

Una directora de CSMIJ de la ciutat de Barcelona afegeix un matís interessant, en cas de l'àmbit infantojuvenil, el qual té a veure amb qui formula la demanda l'atenció. Si prové de la persona en qüestió el pes de l'estigma és molt menor que si la demanda es produeix via derivació a través de l'escola o la família:

> Si, però *cuidado*, perquè és partir de la hipòtesi, és a dir, quan un nano, quan una nena, quan un jove pateix, és a dir, li passa alguna cosa, i està implicat amb allò que li passa, diem, és molt diferent de que l'escola digui "li passa tal cosa", o que els pares diguin, "li passa tal cosa", però si un nano, una nana, un jove, que a tu t'interessen els joves, pateix, d'entrada consulta i vol saber què li passa. Llavors, això, vull dir, no li importa què pensa la societat, el que li preocupa és el seu patiment. **(Montse, directora de CSMIJ, 17.01.2018)**

Apareix, per tant, la idea que l'estigma seria quelcom que interferiria més, pel que fa la demanda d'atenció o adherència al tractament, quan la percepció de patiment i aflicció és en tercera persona. En canvi, quan és en primera persona, l'angoixa inhabilita o treu centralitat a l'estigma associat al o a la professional de la xarxa de salut mental i es posa per davant el fet donar resposta al propi patiment.

### 8.3.2. Partícula: Medicació

> Mira, en cas de joves i adolescents, jo crec que un dels pitjors estigmes, almenys els que jo percebo (...), no és tant el fet de tenir un diagnòstic psiquiàtric com que impliqui haver de rebre un tractament farmacològic. I amb això tampoc estic fent una apologia del psicofàrmac, tampoc és la meva intenció, però bueno, però quan és necessari és necessari. (..) El que bastantes vegades o amb certa freqüència veiem és que el que pitjor tolera aquest infant o adolescent és el fet de prendre una medicació, ell ho viu com un estigma; estic boig... i jo no estic boig, però és que em fan prendre una medicació com si estigués boig, no? És a dir, que moltes vegades, o bastants vegades, prendre medicació va associat a bogeria(...) el que pitjor tolera aquest infant és que prendre la pastilla el marca socialment. I alguns fins i tot diuen "escolta, jo la pastilla *vale,* me la prendré, però d'amagat". Per tant, doncs, a veure a quina hora me l'he de prendre perquè segons si l'he de prendre al migdia, perquè no me la prendré davant dels companys. És a dir, que a mi em sembla que l'estigma es va modificant, es va desplaçant, no tant en el fet de tenir un diagnòstic. **(Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisis d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

Com afirma el professional en aquest fragment, la medicació psicofarmacològica acostuma a constituir-se com un altre element fonamental a partir del qual l'estigma es particularitza, es fa visible i s'evidencia. Altres estudis, com per exemple Kranke *et al.* (2010) o Rappaport i Chubinsk (2000), coincideixen que la medicació esdevé la prova de la seva condició defectuosa, i molts menors d'edat relacionen la medicació amb la condició de *boig*, *dolent* o *estúpid.* Per tant, podem entendre la medicació com una confirmació i certificació d'una *identitat boja*:

> C: A mi em van amargar l'adolescència i per això em vaig fer fugitiu i okupa fins als 26, que em van ingressar... i em van dir o acceptes el que tens o t'injectem medicina intravenosa. Però jo el que dic és que "*no soy un enfermo, estoy enfermo*.
> **(Grup focal amb joves 24-35 anys, 22.05.2015)**

Tal com narra aquest informant, la medicació, juntament amb el diagnòstic, funcionen de manera *totalitzadora* i respecte a la identitat (*l'ésser o self*). De forma sinecdòtica tenen la capacitat de totalitzar l'experiència del patiment mental i negar altres formes de viure'l i significar-lo. És aquesta idea del *malalt total* (Corin, 1990; Martínez-Hernáez i Correa-Urquiza, 2017*)* omnívora en relació a la identitat i centrípeta pel que fa als itineraris assistencials. Això no vol dir que no puguin aparèixer discursos que qüestionen o s'oposen a aquests efectes expansius de la medicació i el diagnòstic i contraris al procés d'identificació entre diagnòstic/medicació-identitat. I això és el que planteja l'informant, quan reivindica el verb *estar* (en comptes del *ser)*, amb l'objectiu situar una nova manera

d'entendre el patiment més lleugera, possibilitadora, circumstancial, i en definitiva, menys immobilitzadora i *totalitzant.*

Per tant, la medicació esdevé així un dels elements centrals, juntament amb el diagnòstic, que transforma el malestar o el patiment en malaltia mental o bogeria, i per tant en quelcom més greu i, sobre tot, amb més càrrega estigmatitzant:

> Que hi ha molts nens que prenen medicació que se senten malament, alguns no, alguns farden, *inclús* alguns venen pastilles... (...) Té una connotació de.... jo crec que ho associen molt a la medicació. A que vol dir que t'estàs medicant, no? Que t'estàs prenent pastilles o que estàs boig, no és que et passa *algo* només, sinó que estàs boig. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05.04.2017)**

L'estigma es particularitza en la medicació i compleix la funció d'assenyalament del subjecte, un pas que pot precedir, en molts casos, actituds discriminatòries o violències. És per això que en moltes narratives apareix la necessitat d'amagar i viure en secret el consum de psicofàrmacs com a estratègia de supervivència:

> Jo a l'escola... en tot l'institut, no li vaig dir a ningú que em medicava i que anava al psiquiatra o psicòleg, evidentment pel rebuig de la classe (...). No, no... si de rebutjat ja ho estava. A mi em feien *bullying* a l'escola i a l'institut també. I només faltaria dir que prenc medicació perquè em donessin una pallissa pitjor. (…) A l'institut és quan vaig començar a prendre medicació i sí, jo no feia *migas* amb els amics, era un marginat i clar, només faltaria dir a algú "mira, prenc medicació" perquè em fiquin més estigma la gent de la classe, no? Seria... M'ho imaginava que seria molt pitjor. *Llavorans* m'ho guardava per dintre, no l'hi explicava a ningú (...). A l'escola no ho deia però en un futur jo, jo sí que amb amics i amb gent que sortia sí que he declarat que mira, jo prenc medicació, he estat ingressat i mira, pateixo problemes mentals" i no m'han fet la pua. (Toni, 27 anys)

Tot i això, com veiem en la darrera frase d'aquest fragment, també apareixen experiències positives puntuals de socialització i visibilització d'aquest consum que no comporten una discriminació associada i que faciliten la desestigmatització. Segons el proper fragment, aquesta relació entre estigma i medicació es converteix en ocasions en una barrera de cara a l'adherència al tractament psicofarmacològic i situa tot el malestar en els seus efectes secundaris, amagant altres causes del patiment:

> El cànnabis *goza de buena prensa,* els antipsicòtics *gozan de pésima prensa*, i *llavorans* ens trobem que l'infant o l'adolescent atribueixen tot el seu malestar a la medicació. Ahir mateix un nano em deia,

> "Yo no quiero tomarme esta medicación porque a mí esta medicación me atonta". Que és *algo* que s'han incorporat al discurs social, vull dir, la medicació psiquiàtrica *atonta*. (…) El tractament psiquiàtric no necessàriament és això. El tractament psicofarmacològic ben pautat no té perquè deixar *atontat* ningú, ningú. Jo tinc pacients que estan medicats i venen conduint ells mateixos. (…)Per tant, hi ha aquest estigma, vull dir, aquest prejudici, que s'ha estès molt socialment, i que aleshores fa que això sigui viscut per un col·lectiu important com un estigma que els marca a ells, perquè han de prendre fàrmacs." (**Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisis d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

Com afirmen altres investigacions (p. e. Flores-Reynoso, Medina-Dávalos, Robles-García i Páez-Agraz, 2012), existeix una relació inversament proporcional entre major estigma social percebut i menor adherència al tractament. Tot i això, caldria discutir –no tenim prou dades per fer-ho– en quins casos aquesta actitud la podem entendre també com una forma de resistència a l'estigma i als efectes nocius de la medicina psicofarmacològica, i no només com una dificultat a corregir· En el projecte, esmentat anteriorment, sobre la *Gestió Col·laborativa de la Medicació*, quan s'analitzen els principals obstacles que apareixen per aplicar un sistema més col·laboratiu (Martínez-Hernáez *et al.,* 2020a, 2020b) apareix, entre ells, la dificultat de discriminar, a partir de les narratives de consumidors de neurolèptics i professionals, entre símptomes i efectes adversos (o secundaris). Els símptomes, especialment els denominats negatius de l'esquizofrènia i la psicosi, són pràcticament els mateixos. D'altra banda, apareix que els efectes secundaris i/o adversos són una de les principals preocupacions respecte a la medicació. Una preocupació que cal analitzar també amb perspectiva de gènere per entendre quins de tots els efectes tenen més centralitat en cada experiència.

### 8.3.3. Partícula: Diagnòstic

> Nosaltres estàvem atenents a una nena perquè sospitàvem que hi havia maltractaments a casa, i evidentment va venir una vegada amb una cosa clarísima que era una sivella marcada. Quan va anar a urgències, va sortir, tots els diagnòstics que li havien fet a *chiquimil puestos*, amb la qual cosa hi havia, doncs, trastorn no-sé-què, no-sé-*cuántos*... amb la qual cosa la sivella semblava que no fos tant certa, no? Com si no li poguessin fer tant cas. Entens? S'ha de tenir molt de *cuidado*, què es posa i com es posa. **(Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

Juntament amb la medicació, l'etiqueta diagnòstica és una de les partícules fonamentals per comprendre l'estigma social al voltant del patiment psíquic i el trastorn mental i els seus efectes sobre els processos de s/m(p)/a(c). Un dels problemes fonamentals és l'associació que es fa entre diagnòstic psiquiàtric i cronicitat:

> Jo vaig parlar d'això amb molts psiquiatres amb qui he estat, amb un, amb un em va dir que *lo* meu no té cura. Jo, jo... És probable segons el que han estudiat els metges que m'han portat, que jo el que tinc ho tindré, molt probablement, per tota la vida, llavors... i és molt probable perquè jo noto els símptomes des dels 5 anys, ho tinc com una cosa com per tota la vida, doncs ja em sembla inútil que em tornin a ingressar, no sé, perquè si jo tinc uns símptomes que són per tota la vida... **(Toni, 27 anys)**

Aquest estigma, entre d'altres coses associat a la idea de cronicitat, és una peça clau per entendre un engranatge que va més enllà de com ens perceben els altres i que té efectes materials i jurídics. El diagnòstic suposa, en el nostre context, una pèrdua drets i de la possibilitat de decidir sobre àrees importants de la vida d'una persona. Tal com apareix en la primera narrativa, el(s) diagnòstic(s) endossats com a resposta a situacions d'aflicció són capaços de restar o eliminar legitimitat, credibilitat i capacitat d'enunciació del subjecte, fins i tot en un cas de violència com el que es descriu. I això passa dins i fora del circuit de salut. Val a dir que en aquest cas caldria analitzar la situació des d'una mirada interseccional i veure com el qüestionament de les dones i nenes que parlen de violències i els seus discursos o testimonis són conseqüència d'una cultura masclista, en aquest cas creuada amb els efectes de l'estigma psiquiàtric. Tanmateix, com afirma la següent informant, no totes les etiquetes diagnòstiques tenen el mateix estigma associat. Els trastorns més estigmatizants són els anomenats Trastorns Mentals Greus (TMG):

> Jo crec que la societat estigmatitza molt més el que és el TMG, a diversos nivells. Cada vegada potser és menys, el que tu vulguis, però a nivell dels nanos TMGs, els joves TMGs." (Montse, directora de CSMIJ, 17.01.2018)

I això és així especialment, com hem vist en el capítol 2, amb els trastorns d'espectre psicòtic, els quals s'associen a major imprevisibilitat, violència i consum. Dins d'aquests, el diagnòstic d'esquizofrènia té un pes estigmatitzant especialment alt perquè històricament ha estat la representació paradigmàtica de la bogeria:

> Amb població adulta, ja depèn molt, depèn també del tipus de patologia, jo penso que l'estigma fonamentalment està centrat en la psicosi esquizofrènica, no tant en el trastorn bipolar, ni tan sols en la psicosi paranoica, perquè la veritat és que el psicòtic paranoic moltes vegades no ens arriba a la consulta (…). Clar, el psicòtic esquizofrènic sí que moltes vegades viu la seva situació com un estigma, per què? *pues* perquè pensa, i de vegades encerta, que els seus veïns el miren i al mirar-lo s'adonen de què és el que li està passant, no? I per tant, prefereix no sortir de casa, no? Aleshores jo penso que aquí sí que hi ha un estigma, i que aquest estigma social, una part, no tot, però una part, està provocada per la criminalització de la malaltia mental pels mitjans de comunicació. És a dir, hi ha

> un crim o un assassinat, no?, i ràpidament els mitjans de comunicació, ràpidament, sense que hagin intervinguts *fefaències* i sense que hagi intervingut ningú, ja diuen "tenia un trastorn mental". Un trastorn mental... quin? I com ho sabem que tenia un trastorn mental? no?, bueno, escolti primer això s'ha de verificar, no? (…) Això, evidentment es difon, no? I exerceix els seus efectes i introdueix una marca criminalitzadora amb el malalt mental greu. Això encara hi és. **(Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisis d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

> Cuando me ingresaron habló con el psiquiatra que estaba ahí de la clínica y le dijo el psiquiatra que yo tengo esquizofrenia, pero en el caso de ese tiempo, cuando yo estaba yo ingresado, no sabía cómo expresarme lo que tenía, y realmente ni si quiera tampoco había dicho al psiquiatra ese lo que me ha había pasado cuando tenía casi 10 años. Y ya después de ahí, de la clínica, cuando salí del ingreso, del alta, lo dije, lo que me pasó. Mi madre... y mi padre quizás se sintió muy hundido, que yo tenía esquizofrenia. Cuando se enteraron sabía que había hablado con el psiquiatra que me había puesto ese día cuando había estado ingresado en esa clínica, se sintió mal, muy mal, pero... bueno, se le salió un poco las lágrimas... pero, lloró un poquito, pero igual, pero se siente mal alguien que pueda que alguien esté con un familiar con esquizofrenia. **(Iñigo, 26 anys)**

Segons aquests dos fragments, un dels orígens d'aquest *estigma social percebut* tan elevat té a veure amb els mitjans de comunicació, els quals contribueixen a construir un imaginari social negatiu, que té efectes directes sobre la persona diagnosticada i el seu entorn (com exemplifica el segon fragment). La càrrega estigmatitzant dels diagnòstics psiquiàtrics (en general, tot i que més accentuada en alguns d'ells) interfereix a l'hora de decidir si s'assigna una etiqueta o una altra i a l'hora de decidir com fer-ho, i té un impacte rellevant en l'entorn, especialment quan es tracta d'un diagnòstic com l'esquizofrènia, que presenta més càrrega d'estigma. Vegem tot seguit dos fragments de narratives professionals que fan referència a pes estigmatitzant del diagnòstic, i per tant a la necessitat de modular aquest *acte mèdic* en funció del context, el cas i el procés:

> Intentem defugir dels diagnòstics en salut mental infantojuvenil, no? Perquè tot és absolutament tan mòbil, de sobte tu tens la impressió que tal noia o tal noia té una estructura límit de la personalitat, un trastorn límit de la personalitat, i resulta que allò al cap de dos anys ja no és un trastorn límit de la personalitat, per tant, era un diagnòstic erroni. Si l'haguessis posat com a tal, li haguessis posat *Trastorno Límite de la personalidad*, doncs l'hauries cagat perquè no s'arreglen en dos anys els trastorns límits de la personalitat. Que en aquest sentit, primer que hem de ser molt curosos, com diu la Marta , i a més a més que intentem sempre posar diagnòstics una mica rebaixats, no? Que a vegades, igual ens passem per l'altre cantó, perquè a vegades *(riu)* posem trastorn adaptatiu *(riu).* I dius... hòstia, *bueno*, allò és una mica més que un trastorn adaptatiu, però bueno, perquè clar, és que després això no saps qui ho veurà, no saps en un sistema, que clar, pot veure el que tu poses com a etiquetes diagnòstiques, ho pot veure molta gent. Llavors és molt fotut posar segons

> quines etiquetes, perquè poden aparèixer en un servei d'urgències, poden ... Hi ha un diagnòstic de psicosi, en un moment determinat, i ja tothom el veurà com un psicòtic, vulguis que no, i tu mateix, sense voler pots estar influint. Llavors és delicat, tot aquest tema, sobretot, és delicat sempre, però amb infantojuvenil, és especialment delicat. **(Jaume, psiquiatre i psicoterapeuta, equip d'atenció al menor i justícia juvenil, 06.11.2017)**

> Molts venen amb aquesta cosa de "yo no estoy loco" (…). Tinc aquesta experiència, o sigui, que no és el mateix encaixar-li un diagnòstic a un noi o una noia i a una família, que anar-ho treballant, que sigui la família i el mateix nano que es vagi preguntant què li passa, això per què, si té res a veure amb malaltia o no, si hi ha unes maneres d'abordar-ho i és un respecte al subjecte, *llavorans* no és *tu eres, jo qu*è *sé, un esquizofrènic*, ets una persona, *bueno* hi ha aquest malaltia, no? I això és molt diferent perquè també li estàs donant les eines com per ser responsable, *inclús*, no? tenint un trastorn, que no deixa de ser una persona, és un trastorn però és una persona (...). Evidentment quan ells són intel·ligents i tenen molt preservat de pensar els espanta molt l'estigma, no? Que implica per mi tenir una malaltia mental...? (...) I al llarg de la historia hi ha hagut persones amb patologia mental claríssima i han fet coses molt importants també, no ho sé, una vida maca, no sé com dir-ho. Que això és una cosa que també.. qui diu que una persona normal o neuròtica, o no sé què... *bueno*, pateix menys o tindrà menys problemes que una persona amb una patologia psicòtica si tot està començat i va fent, cadascú és cadascú, amb les seves circumstàncies. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 2.03.2018)**

En primer lloc, en ambdues narratives es reitera la diferent càrrega estigmatitzant entre trastorns de tipus psicòtic (més elevada) i trastorns de tipus neuròtic (més baixa) comparativament. En segon lloc, es posa l'èmfasi en una concepció el diagnòstic que vagi més enllà de la seva funció explicativa o classificatòria –la qual en un moment determinat pot posar nom a una situació d'aflicció– per veure'l en termes d'estigmatització. A partir d'aquí els dos professionals proposen dues estratègies a l'hora d'afrontar aquesta càrrega i reduir l'estigmatització associada al diagnòstic: "rebaixar" el diagnòstic o *explicar-lo molt bé* per reduir el pes estigmatitzant. En ambdós casos es posa sobre la taula la necessitat de certa flexibilitat a l'hora d'assignar una etiqueta nosològica, que dependrà més del cas i del context que d'un quadre simptomatològic concret. D'alguna manera s'està posant en pràctica una forma de diagnosticar molt diferent a la metodologia que es fa servir en la medicina al·lopàtica o en corrents de la psiquiatria de caràcter més biomèdic. Per tant, podem parlar d'un mètode amb indicis d'interdisciplinarietat ja que té en compte la mirada sociològica i antropològica sobre el trastorn mental i els efectes, en termes d'estigma, de l'etiqueta en funció del context social.

### 8.3.4. Partícula: Dispositius

> Me'n recordo que mira, vaig a explicar una cosa... jo anava a l'hospital de dia de Sant Martí i al costat tenia l'Institut Joan Martorell, que estava estudiant electromecànica de vehicles, mecànic de cotxes, de motos i de cotxes (...) amb 17 anys (...). Jo sortia del Joan Martorell, un cop sortia dels meus estudis anava al costat, centre de dia de Sant Martí, i li deia molt als monitors d'aquella institució, els deia "estic aquí dintre però d'amagatotis i vaig segons com perquè no em... segon els alumnes de l'escola que estic anant a un centre de salut mental", em feia vergonya, ho haig de dir, ho haig de dir, transparent. (...) Home clar, perquè ja t'estic dient que em pegaven, només faltaria que em veiessin entrar en un hospital de salut mental i m'estigmatitzessin el triple o el *quatriple* (....) m'amagava. Aquí està l'escola i aquí hi ha l'hospital de dia, *vale*, he acabat les classes, me'n vaig cap a l'hospital de dia, i els deia als monitors "és que he entrat aquí però no vull que em vegi ningú de l'escola i per això he arribat tard" o el que sigui. Em diuen que no preocupés però jo me n'anava d'amagat a l'hospital de dia, el tenia al costat de l'escola on estudiava mecànica de cotxes, i anava a l'hospital de dia d'amagat. Però perquè no volia que m'estigmatitzessin. **(Toni, 28 anys)**

Un altre dels elements fonamentals que particularitza, i en aquest cas territorialitza les experiències estigmatitzants són els dispositius de salut mental, la trànsit pels quals evidencia la condició de *trastornat* i activa l'estigma. Entrar i sortir d'un hospital de dia, un centre de dia, o qualsevol altre dispositiu que s'emmarqui dins de l'etiqueta de salut mental[136] (això es fa visible través d'un cartell, perquè el barri o la comunitat sap que és un servei d'aquest tipus, etc.) converteix en portador de l'estigma, i això ho narra molt bé el fragment d'entrevista anterior. Durant el treball de camp, aquesta escena que descriu el nostre informant, en què algunes persones tenen por de ser estigmatitzades pel simple contacte amb un dispositiu de salut mental, ha estat recurrent. I, quan parlem de dispositiu, no només ens referim a l'espai físic, sinó que es fa extensible també a les activitats que es fan fora de l'espai en qüestió però que formen part de les activitats que s'hi programen i/o es fan amb el grup de persones ateses en aquest servei. En aquests casos, les persones, un cop etiquetades, són portadores de l'estigma de la institució, que esdevé quelcom *contagiós i enganxós*[137]. Durant el treball de camp realitzat a l'hospital de dia per a adolescents, recordo un noi que va venir durant mesos a l'activitat que feia especialment palès aquest funcionament de l'estigma enganxós:

[136]Seria més encertat parlar de Xarxa de serveis (o de dispositius) del trastorn mental, i no de salut mental, ja que el centre de l'atenció no acosuma a ser la salut o el benestar sinó el trastorn.x

[137]Seria més encertat parlar de Xarxa de serveis (o de dispositius) del trastorn mental, i no de salut mental, ja que el centre de l'atenció no acosuma a ser la salut o el benestar sinó el trastorn.

> Expliquem que avui volem sortir fora (de l'hospital de dia) a fer una volta. El Jose Antonio no vol i ho té clar. Sabem que s'avergonyeix del fet d'anar amb tot el grup i que el vegin pel barri amb nosaltres. No en sabem el motiu, però se n'intueix el perquè. És com una metàfora de com funciona ell: dur per fora, tou per dins. No falta ni un sol dia, demana massatges des del dia que va sorgir la idea i vam fer una sessió de massatges, però quan ve sembla que t'estigui fent un favor, parla de "*batallitas*" i performa el "malote". Amaga la la vulnerabilitat i la precarietat emocional en què es troba darrere aquesta posada en escena. Vol venir a l'hospital de dia però que el *barrio* no ho vegi. És l'estigma i la por de l'estigma o negar la necessitat d'ajuda? Segurament les dues coses (...). Arribem i ens trobem a la porta el Jose Antonio parlant amb dos amics. Fa veure que no ens veu. L'esperem, però no ve. M'hi acosto i pregunto si entrarà amb nosaltres, no em mira i quasi no em respon. Em dona a entendre que ara entrarà, que anem tirant. Segueix parlant amb els dos nois que estat asseguts al replà de la finestra. (...) Quan ens acomiadem, el Jose Antonio marxa dient "si me veis ahora fuera no me digáis nada, ¿vale?. Acceptem rient. **(Diari de camp, 2015).**

En aquest cas, l'estigma psiquiàtric associat als dispositius de salut mental i a les persones que hi transiten es es masculinitza, o podem dir que s'articula amb els ideals de masculinitat hegemònics. La participació d'un hospital de dia és una marca de debilitat i de vulnerabilitat, és a dir, de manca de masculinitat, i això s'afegeix al propi estigma associat als recursos d'atenció:

> Alguns diuen "no, mira, jo no tinc ganes de sortir perquè no... amb els de l'hospital de dia perquè no tinc ganes de trobar-me altres amics i que em vegin amb pacients d'un hospital de dia", però *bueno*. (...) També és feina nostra, dels professionals o dels adults, i de la societat, de justament afavorir això, no? I creure'ns la integració i la lluita contra l'estigma. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta CSMIJ. 28.11.2017)**

> Per a l'adolescent és terrible haver d'anar a un lloc de bojos, ells diuen "bua.. tengo que ir al loquero", això és fatal perquè ja els col·loca en un lloc de la societat d'estigma, ja estan col·locats en un lloc de malalts, no? de deficients, de pobrets, de... Jo m'ho he trobat a diferents moments, o sigui amb patologia molt greu... jo treballo en una escola d'educació especial però de nens, d'adolescents i ells t'ho diuen: "És que venir aquí i ja tenim l'etiqueta que som uns *tontos*", això és el que ells pensen, el que senten és que són *tontos* o que són... que diuen "somos la púrria o estamos apestados o no molamos. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil. 05.04.2017)**

> Hi ha gent que encara continua pensant que venir aquí és l'últim pas, és com que toques (fons)... doncs, Déu meu. "Quin deshonor arribar aquí". **(Dani, psicòleg CSMA. 01.03.2018)**

Les narratives de les professionals confirmen la idea que els *dispositius* de salut mental són espais on es territorialitza i es concreta l'estigma, i això va més enllà dels recursos mèdics

o ambulatoris i és extrapolable a d'altres espais, com són les escoles d'educació especial. Aquesta idea es combina amb narratives, com les mencionades anteriorment, segons les quals aquesta realitat (estigma associat als dispositius de salut mental) està canviant, tant a nivell social com a nivell de disposició o organització dels dispositius, especialment en l'àmbit juvenil, però no només:

> [...] I jo diria que fins i tot tampoc el fet d'haver d'anar a un dispositiu de salut mental infantojuvenil, no? Entre d'altres coses perquè ara s'ha popularitzat i les sales d'espera dels dispositius mateixos estan plenes, el que hem comentat abans. Per tant, anar a un dispositiu infantojuvenil, jo diria que ara no té les connotacions que podia tenir fa 20 anys o 30. Però prendre la medicació, això ja és més complicat. **(Antoni, siquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisi d'Adolescents de l'Estat espanyol. 26.04.2018)**

> Els pacients que veia en el CSMIJ era diferent, allà sí que jo tenia un rol molt més psiquiàtric, no? Clar, en el barri es veu, qui entra al servei Can Travi, tot i que s'ha fet un espai que era antiestigma, no? No posa cap paraula de salut mental a la porta, s'ha integrat al mig del barri, hi han varis serveis dins del mateix edifici perquè quedi diluït també, no? que no quedi clar on entres, però *bueno*, en el barri se sap que qui entra allà entra a la salut mental, no? **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil. 05.04.2017)**

Aquests canvis, vistos a ulls de les professionals, s'estan produint en determinats dispositius públics però de gestió privada, especialment organitzats en base a una concepció psicoanalítica i més oberta a tenir en compte els factors socioeconòmics (estigma, entre ells) a l'hora d'organitzar l'atenció i l'assistència. Un dels professionals destaca també la creació, durant els darrers anys, d'una pluralitat major d'espais, recursos o col·lectius activistes entorn del patiment subjectiu, els quals des de la comunitat posen al centre la *deconstrucció* o alleugeriment d'aquest estigma. Rependrem aquest tema quan parlem de *resistències a l'estigma*:

> Però *bueno*, també és veritat que ara hi han moltes més opcions, hi ha gent... Ràdio Transgressió, com la Cooperativa Obert[138], o sigui, tota una sèrie d'espais que s'obren, que dilueixen molt aquesta qüestió de "tú eres un enfermo y por lo tanto tú tienes que hacer esto, esto, y lo otro, y eso quiere decir que tú eres esto, esto y lo otro", i que es dilueix molt tota aquesta qüestió rígida que no deixa espai a que som persones, subjectes... **(Carlos, psicòleg infantojuvenil. 2.03.2018)**

[138]Noms ficticis.

### 8.3.5. Partícula: Família

El nucli familiar, més o menys extens, i el nucli de convivència, són un altre dels elements clau per entendre els processos d'estigmatització, alhora que ho és en molts altres sentits (cures, suport etc.). Només aquest punt, com es particularitza l'estigma en l'àmbit familiar, donaria per un estudi a part en profunditat, però aquest no ha estat en cap moment un dels centres de la present investigació. Tanmateix, sí que volem apuntar dos punts o direccions en les quals detectem que funcionen els processos d'estigmatització en l'àmbit familiar, la majoria de vegades interrelacionades entre si. La primera té a veure amb *l'estigma social percebut* per la família entorn de la salut mental, el qual, en moltes ocasions, esdevé *estigma exercit* cap a la persona *psiquiatrizada*. I la segona, en una direcció contrària, té a veure amb l'estigma que rep la família com a efecte del contagi (de nou *enganxós)* de l'estigma rebut per la persona estigmatitzada. En ambdós casos es barregen *estigma social percebut*, *estigma exercit/rebut* ,i això provoca *interiorització de l'estigma*.

Comencem per la primera direcció o recorregut de l'estigma en l'àmbit familiar:

A mode d'exemple, basem-nos en aquestes dues escenes descrites per un professional i per un noi que forma part de la xarxa de salut mental:

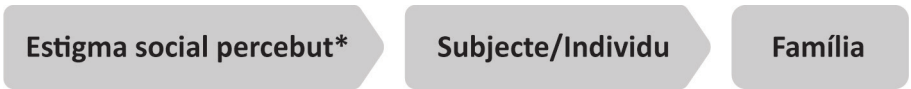
> Bé, també per qüestió d'estigma, perquè encara avui en dia hi ha joves que ens diuen que hi ha persones de l'entorn familiar o bé de l'entorn en què es mouen, com de mèrit haver d'anar amb un centre de salut mental, o "vete a los loqueros", o "vete a tal, que estás mal". Aquest punt, sempre de la frase que sona com a vegades a menysprear o a menystenir... **(Dani, psicòleg CSMA, 01.03.2018)**

> Yo creo que no, no lo sé. Pero mi madre siempre me ha dicho "no lo cuentes porque a la gente no le interesa, hay gente que te toma por loco, yo creo que un poco, hay gente que es así también. No sé... **(Néstor, 25 anys)**

En ambdues narratives apareix una idea *negativitzada* dels dispositius de salut mental i dels seus professionals, la qual en última instància recau sobre el subjecte que transita aquests dispositius o visita aquests professionals. La família apareix com a transmissora

d'aquest *estigma social percebut*, situant així el seu familiar (fill en aquest cas) en la categoria social de boig o boja. Aquesta participació de la família, com a mínim en aquests dos casos –i per tant no extrapolable al conjunt–, apareix de manera més directa ("vete a los loqueros") o de manera més indirecta ("no lo cuentes..."). En aquest segon cas, i quan parlem de les estratègies de visibilització/ocultació ho reprendrem, l'estigma apareix de manera preventiva o protectora; el *no facis públic qui ets i el que et passa perquè això et pot portar problemes* és com certificar i anticipar que el que et passa està estigmatitzat. Aquesta dialèctica entre protecció i estigmatització és comuna en moltes de les famílies amb fills/es que trenquen amb la norma social i altres col·lectius socialment estigmatitzats, és l'exemple de moltes famílies amb fills/es LGTBI.

En segon lloc, l'estigma funciona en la direcció contrària, del subjecte a la família:




Les narratives professionals il·lustren aquesta vivència de la família sobre els efectes estigmatitzants que té el fet de tenir un fill o filla estigmatitzada com a conseqüència de la seva *psiquiatrització* (diagnòstic, usuària d'un servei de salut mental, etc.), la qual cosa passa especialment quan és adolescent o infant:

> Avui (al grup multifamiliar, adolescents amb patiment mental i famílies) els pares parlaven d'altres temes, com els conflictes que tenien amb els seus propis familiars, amb germans de la mare... Tenien molt a veure amb quan es ficaven amb els seus fills o amb la seva forma d'educar els fills. Ho dic perquè també en la problemàtica de l'adolescent, l'adult també se'n responsabilitza perquè al final és un menor, no? I els pares se senten molt culpables, igual que el noi se sent molt culpable, de no tirar endavant, i de fallar als pares, i de fallar-se a ell mateix, i de fallar a professors, de fallar a qui sigui, *pues* amb els pares també els passa, i senten que han fallat i... I és curiós com els pares el que els molestava era com la mirada, potser crítica, per tant, estigmatitzadora dels seus familiars o de l'entorn, però adult també. O sigui, és que el teu fill no funciona perquè ho has fet fatal, ho has fet... Que l'estigma, al final, té *algo* de molt crític, de... potser està molt present en el món adult, que és més rígid, i que el món de l'adolescent *pues* s'està fent, i per tant, és una mica més flexible. **(Joan, siquiatre i psicoterapeuta CSMIJ, 28.11.2017)**

> Nosaltres vam fer una recerca fa uns anys, parlat amb pares, amb fills TMG (trastorn mental greu) i el que ens deien ben clarament eren totes les dificultats que implicava tenir un fill TMG, i parlo de joves

> també, no només de nens. Perquè fins i tot trenquen ells els vincles amb famílies que eren amigues perquè, clar, com han d'anar amb el nano perquè no els poden deixar tampoc segons a on, aleshores això ja fa que han de trencar vincles ells, han de trencar vincles que els nanos tenien de petits, per exemple, amb d'altres famílies que tenien fills. Quan són més grans no s'entenen perquè els altres se suposa que són normals, entre cometes. *Bueno*, això ja produeix trencada de vincle social, afegit dels pares i dels fills eh, i dels joves també. *Bueno*, no sé, hi ha tota una sèrie de coses que socialment fan que evidentment... llavors això, incideix amb els joves? Home, és clar. Incideix d'aquesta manera, perquè l'estigma el que fa és debilitar, jo diria, l'estigma debilita persones que ja estan prou vulnerables, o que són prou vulnerables. Aleshores, es ve a sobreafegir això, l'estigmatització. **(Montse, directora de CSMIJ. 17.01.2018)**

Un del problemes d'aquesta cadena de transmissió de l'estigma té a veure amb el que Castel (1995) va anomenar "procés de *desafiliació* social", és dir, com l'estigma, en aquest cas, té conseqüències en termes de trencament del vincle i de pertinença a la comunitat, tant per part de la persona *psiquiatritzada* com del seu entorn familiar. Com diu la primera narrativa, *l'estigma social percebut* s'interioritza, per part de la família també, en forma de fracàs, de culpa i de vergonya, un procés molt semblant al que descrivíem quan parlàvem de la interiorització que en fan les persones diagnosticades, la qual cosa confirmaria l'efecte contagi de l'estigma.

En definitiva, l'estigma es particularitza en la família a partir de dos moviments: de l'individu al grup (especialment pares, mares i tutores) i del grup a l'individu. En ambdós casos podem entendre la família com un element transmissor de l'*estigma social percebut*.

### 8.3.6. Partícula: Adolescència

> Des que va aparèixer aquest concepte, el que sí que es pot apreciar al llarg de la historia, i això sí que ho tinc treballat, és que sempre hi ha hagut una visió social de l'adolescència com que és violenta (…). Aleshores, aquesta visió violenta , sobretot adreçada als nois, eh, sí que em sembla que aquest estereotip o aquesta visió, aquest constructe, no sé, social, penso que continua sent operatiu, que continua operant. Aleshores, és veritat que és un moment propici per a determinats nanos, per les seves condicions socials, subjectives, el que vulguis (…) hi ha *algo* de l'estigma, no sé, si a això se li pot dir estigma, però hi ha un estereotip social que la joventut és violenta, vaja, sobretot els nois. I això sí que crec que continua operant, però això és la meva opinió, no sé. Crec que continua operant, perquè jo crec que els adolescents una mica, segons com, en aquesta visió, espanten els adults. **(Montse, directora de CSMIJ, 17.01.2018)**

Volem sortir un moment de l'estigma generat al voltant de la considerada *patologia mental* per veure com aquest interacciona amb una altra dimensió. Ens referim a l'estigmatització del moment vital de l'adolescència i la joventut primerenca. En general, partim d'un imaginari social que associa l'adolescència a idees molt semblants a l'estigma de bogeria i trastorn mental: fragilitat, risc, violència, imprevisibilitat i descontrol. Com ens recorda aquest primer fragment, la violència s'associa especialment a la masculinitat adolescent, generant un imaginari estigmatitzant, d'una manera particular, per a nois joves i *psiquiatritzats*. No és que l'estigma sempre funcioni com una suma ni que sigui quelcom fàcilment mesurable, però sí que són dues dimensions (edat i trastorn mental) que s'articulen de manera particular. Un dels problemes que trobem en aquesta franja (tot i que també passa en la vida adulta) és la possible patologització i medicalització de situacions que fins fa ben poc es consideraven part del desenvolupament comú d'aquesta etapa vital:

> A veure, jo crec que el tema de l'estigma de l'adolescent té molta por del seu propi món i de la seva pròpia desorganització natural i no sap diferenciar-la moltes vegades, la cosa que li està passant a nivell de crisi d'adolescència amb si en realitat s'està tornant boig. Aquesta és una pregunta que et fan molt, "¿no será que estoy loco?" Llavors això, en comptes d'afavorir que vinguin retrau, retrau, llavors del que es tracta és de fer dispositius que siguin més àgils i més propers i facilitar l'accés. El programa, per exemple, Salut i Escola, era una bona idea, que s'ha portat molt malament però era una bona idea, no? Vull dir, que arribar allà on estan i poder facilitar. **(Marta, psiquiatra i psicoanalista en un hospital de dia, 06.11.2017)**

> Mira, jo *lo* primer, que suposo que si ja has parlat amb altres psicòlegs i de més, s'ha de poder diferenciar entre el que és una qüestió de patologia i una qüestió de malestars o diguem-ne de diferents malestars, que en el cas de l'adolescència ja són inherents al moment adolescent, o sigui, en molts casos. No? Que això és un clàssic aquesta qüestió que l'adolescència d'alguna manera, fenomenològicament s'assembla molt a *algo* patològic sense ser-ho. És una qüestió evolutiva, i per tant s'ha de diferenciar. I és una de les qüestions que també hem de treballar molt al CSMIJ, no?, fins a quin punt estem parlant que són uns malestars, tota una repercussió a nivell familiar, educativa i personal, o fins a quin punt hi ha una qüestió més patològica, i això és la primer cosa que s'ha de discernir una miqueta. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 2.03.2018)**

Per tant, segons els/les professionals, aquesta confusió entre procés amb canvis "inherents al moment adolescent" que provoquen cert malestar, i una situació "patològica" afecta tant les mateixes persones com les professionals que les atenen, i segurament també passa el mateix si analitzem la visió de les famílies. Segons apareix en diferents entrevistes, i tal i com exposa el primer fragment dels anteriors, aquestes particularitats del moment vital

caldria que fossin tingudes en compte a l'hora de crear i organitzar els dispositius adreçats a aquestes edats. La manca d'adaptació de la xarxa a l'edat adolescent, dins la qual es passa de "menor" a "adult" de cop, juntament amb l'estigma associat al trastorn mental, són dos dels factors que actuen de barreres en l'atenció i la cura de la seva salut mental:

> *Bueno*, en general, la gent jove o la gent adolescent no acostumen, per dir-ho així, costa arribar als serveis de SM, en general, que cap adolescent vol tenir un problema de SM. Sempre hi ha la idea que amb els amics es podrà resoldre, etc. Llavors, a més a més, tal i com estan organitzats els serveis de SM en aquest país, que hi han un serveis fins als 18 i a partir dels 18 passen als serveis d'adults, es produeix un tall important. Per exemple, un tipus de recorregut és el nen que té problemes, va creixent, problemes lleus, etc., i que arriba a l'adolescència i *a lo millor* està passant una crisi una mica més problemàtica, i quan té 18 anys *a lo millor* hauria d'anar a un servei, a consulta, però com que no pot continuar o que no pot tornar al que hi havia anat li costa més fer, per dir-ho així, el canvi a adults En concret, en situació de nois i noies amb risc de psicosi, adolescents amb risc de psicosi. (...)Aleshores la idea aquesta del professional en un despatx, en un servei de SM al qual ha d'anar l'adolescent a una hora, etc. seria un professional poc accessible. Llavors, jo crec que facilitaria molt, per exemple, a França, no?. A París tenen organitzada l'assistència amb uns dispositius que els diuen "La casa de l'adolescent". Llavors, l'adolescent pot anar allà a qualsevol hora, en qualsevol moment, a fer relaxació, a consultar amb un psicòleg, hi poden anar els pares, hi poden anar si hi ha un embaràs no previst... Vull dir, en aquest sentit, una mica un dispositiu on... Per caricaturitzar *ehe*.. a la sala d'espera no coincideixin, què sé jo, amb la persona de 50 anys que ve per una depressió, sinó que puguin veure un entorn més assequible, no?. **(Marc, doctor en psicologia i psicoanalista. 03.04.2017)**

D'altra banda, apareix una tendència a patologitzar i medicalitzar l'adolescència i això té efectes molt rellevants en termes d'estigmatització, si tenim en compte la fragilitat del moment que travessen:

> Entonces claro, yo que al adolescente la locura es como una cosa despreciable, es despreciable... Entonces, en general, al adolescente la enfermedad para él es una limitación en su etapa de desarrollo que está observada con lupa porque el cuerpo está observado con lupa. Pero si te dicen "mira, que esto no te funciona, bueno, es como decirte te vas a quedar ahí para siempre", no es... bueno, "no me da la gana de estar enfermo", ¿no?, porque esto es pararte en el proceso que estoy observando, "me quedo niño", enfermo es "me quedo niño", de ahí no salgo. (...) El adolescente, para él, toda limitación por enfermedad, para su desarrollo... que es la mayoría ansiedad y muchos suicidios vienen de ahí, y "esto se acabó, ya no sigo", ¿no? Si esto se acabó... y luego si encima culturalmente, de siempre, la locura ha sido... yo creo que el psicoanálisis ha irrumpido para aclarar un poco todo lo que es la locura no como cosa ajena y como cosa marginada, sino como cosa que llevamos todos, ¿no? Pero yo creo que el adolescente es muy sensible a las enfermedades en general, y a la locura en particular, por eso." **(Fernando, psiquiatre i psicoanalista especialista en joves i adolescents, 22.11.2017)**

L'adolescència, segons Fernando, és una etapa del desenvolupament central que permet l'abandonament de la infància i el procés de creixement. A nivell cultural és llegida com una etapa de transició entre el món infantil i el món adult, fet que dificulta, moltes vegades, que sigui entesa més enllà d'un concepció de *moratòria*, d'edat problemàtica que només s'espera *que passi, que acabi.* Això determina la importància social que es dona al col·lectiu adolescent-jove i la poca adaptació de la xarxa de recursos a la seva realitat i a les seves necessitats. En aquest sentit, el diagnòstic és vist com un obstacle que trunca el desenvolupament entre la infantesa i la vida adulta. Això situaria el boig o la boja en una condició infantil permanent ("esto se acabó, ya no sigo"), idea que ens permet conceptualitzar l'impacte que té l'estigma durant aquest moment vital en forma de barrera, que apareix un moment especialment fràgil i "sensible". Les narratives dels nois entrevistats també confirmarien, a través de l'experiència narrada, aquesta idea d'adolescència fràgil que es contraposa a una certa omnipotència aparent (la que, sovint, apareix en forma de relacions de dominació i violència):

> La persona que sufre más para mi es la adolescente, porque la adolescencia es cuando tú ya empiezas a sentirte lo que es realmente sentir de qué es un hombre o una mujer, ¿sabes? (…) Un adolescente se da cuenta que si hace esto le da rabia, si hace lo otro quizás le da temor, y si hace otra cosa quizás le da miedo, ¿sabes? Un niño también lo siente, pero es más inocente, como dice la palabra. Pero el otro no, uno ya de adolescente ya sabe, ¿sabes?, sabe decidir sus gustos, sabe decidirse. (...) Porque yo pienso que donde duele más y cuesta más arrancar y sobre todo curar a la persona es cuando eres adolescente. (…) Un adolescente es una persona que realmente ... que sea un poco inquieta... no se deja ayudar, es más testarudo. **(Iñigo, 26 anys)**

> Esto es una etapa desde la adolescencia que chulean al principio y hay gente que la adolescencia la lleva a la adultez y son adultos como adolecentes de carácter, algunos de ellos, y esa gente claro, al final acaban con perfiles complicados porque claro son gente dominante, son gente o violenta o competitiva o que vacila de tener novias, y eso es un problema. (...) No, yo en este momento no (me identifico con este perfi), en el pasado, quizás con 22 años... pero ahora ya... En cuanto a violento no, en cuanto a competitividad y intentando buscar parejas y tal, en esa etapa sí, ahora yo estoy más de relax, no tengo prisa por encontrar pareja, estoy a gusto viviendo solo, pero he de estar ocupado, estar bien, estar activo y en eso estoy. **(Tomás, 33 anys)**

Si combinem els dos fragments de narrativa, l'adolescència és fragilitat, però també és un moment en què apareixen relacions de violència, dominació i competitivitat. Una dualitat o tensió entre vulnerabilitat ("yo pienso que donde duele más y cuesta más arrancar y sobre todo curar a la persona es cuando eres adolescente") i potència (associada a *chulear*, a

demostrar) amplificada pel procés de socialització de gènere (o masculinització en el nostre cas) de què parla el primer informant ("empiezas a sentirte lo que es realmente sentir de qué es un hombre o una mujer"). Es conjuguen, per tant, els estigmes d'adolescent noi, i *trastornat,* de la mateixa manera que, com hem vist anteriorment, s'articulen per organitzar i definir la manera de patir i com expressar aquest patiment. En altres paraules, durant l'adolescència masculina, especialment aquella que segueix el model culturalment hegemònic, hi trobarem una major distància entre aparença (duresa i seguretat) i estat emocional (fragilitat i vulnerabilitat), i això serà clau per entendre els processos de s/m(p)/c.

### 8.3.7. Partícula: Violències i exclusions entre "iguals"

"Però alguns altres es senten molt malament en grup perquè és un moment on es juguen aquestes dues coses, la necessitat de ser igual que el grup, de secta, de portar els mateixos pantalons i la mateixa roba i el mateix estil de música i alhora, sobretot en grup perquè a nivell familiar sí que busques diferenciar-te, però a nivell grupal intentes no diferenciar-te perquè la diferència serà viscuda com *algo* que jo no sabré suplir, *algo* que jo no sabré sostenir, no tindré prou força per sostenir-ho, no?. I aquí ve la dificultat, que qualsevol diferència que pugui haver-hi en aquestes etapes és viscuda amb molta soledat." **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infanto-juvenil, 05.04.2017)**

La relació amb els i les "iguals[139]" *(peers)* és un dels elements clau a partir del qual es particularitza l'estigma, especialment en adolescents i joves. Pràcticament, i com veurem a continuació, podem dir que és quelcom tranversal a tota la resta d'elements. Molt vinculades a la partícula anterior, les relacions amb les persones iguals (pel que fa al moment vital) són fonamentals, tant en termes d'identificació com d'estigmatització durant l'adolescència. I això és el que proposa la primera narrativa. L'estigma, en aquest cas, impacta i obstaculitza la relació i/o pertinença al grup de persones amb qui es poden i s'haurien de produir processos d'identificació (persones que estan travessant un moment vital semblant al propi), generant exclusió i soledat. És importat recordar aquí que quan parlem d'*iguals* ho fem en termes d'etapa etària, però no quant a posició de poder, segons la qual hauríem de parlar més aviat de relació amb els i les desiguals, si tenim en compte elements com l'estigma, el gènere, etc. Aquesta idea d'"iguals", molt estesa per parlar de les persones de la mateixa edat, és, si més no, problemàtica en termes d'interseccionalitat,

[139]Cal recordar que aquesta idea d'iguals, molt estesa per parlar de les persones de la mateixa edat, és, si més no, problemàtica en termes d'interseccionalitat, ja que s'utilitza només en base a una de les variables sociodemogràfiques, l'edat, i en deixa fora moltes altres: gènere, ètnia, classe, etc.

ja que s'utilitza només en base a una de les variables sociodemogràfiques, l'edat, i en deixa fora moltes altres: gènere, ètnia, classe, etc.

En aquest apartat podem recuperar les narratives i les notes del treball de camp que hem fet servir en la partícula dels *dispositius*, les quals il·lustraven molt bé la incidència d'aquest estigma i, com a conseqüència, la necessitat d'estratègies d'ocultació, davant dels[140] iguals, del propi trànsit pels recursos de la xarxa de salut mental. En les narratives professionals apareixen situacions semblants, protagonitzades adolescents i joves, que van en el mateix sentit i que tenen a veure amb l'estigma en relació a les persones del propi grup d'identificació:

> Sí, ayer hubo una anécdota que me llamó la atención justamente, con un paciente que yo dejé la lista aquí arriba de la mesa, cosa que no hay que hacer porque la tenemos que tener guardada pero... y leyó el nombre de uno de los pacientes que tenía en el día, en la mañana, y dice "ay, este lo conozco!"... (*riu*). Dice, "por favor podrías, cuando vega... cuando le toque llegar a él, cuando tengas la visita, guardar el papel, que no lo vea? Porque no quiero que sepa que vengo... **(Marisa, psiquiatra CSMA, 01.03.2018)**

> Ho sents a vegades a l'hospital de dia, pacients que estan a l'hospital de dia, que per exemple, de cara a les sortides que fem, *pues* alguns diuen "no, mira jo no tinc ganes de sortir perquè no... amb els de l'hospital de dia perquè no tinc ganes de trobar-me altres amics i que em vegin amb pacients d'un hospital de dia. **(Joan, psiquiatre i psicoterapeuta CSMIJ, 28.11.2017)**

Reprendrem de nou, més endavant, la importàcia que té controlar la informació relativa al propi procés de psiquaitrització davant dels iguals i les estratègies per fer-ho que aquesta vinyeta exemplifica. En aquest cas l'estigma es particularitza en els iguals i en relació als dispositius de salut mental. Però seria incomplet acabar l'anàlisi sense parlar de com, en algunes ocasiones, els i les iguals apareixen també com a mitjà imprescindible per generar estratègies col·lectives contra l'estigma i de desestigmatització de l'atenció o assistència en salut mental :

> I a vegades et trobes joves que diuen "ostres, he vingut aquí perquè vosaltres coneixeu dues amigues meves o un o dos amics meus que també han passat per aquí i que m'han comentat que... doncs que tampoc és res de l'altre món, no fan cap tipus de mala jugada, no? Tot al contrari, que pels teus problemes et va bé, no?" i després la típica frase de "te desahogas", no? I a partir d'aquí això també

[140]En aquest cas fem servir el masculí genèric per emfatitzar la importància que té per a les persones identificades com a homes no ser estigmatitzat (o ser valorat i acceptat) per part d'altres homes.

> pot ser que pugui rebaixar el que és el temor de venir aquí, no? Jo penso que també és un altre factor que sí que es dona, afortunadament. **(Dani, psicòleg CSMA, 01.03.2018)**

Per tant, i segons aquest darrer fragment, hi ha un cert desplaçament d'aquest estigma, segons el qual d'una banda es manté certa idea de dispositiu de salut mental com a última alternativa o via d'atenció davant del patiment per l'efecte contagi que el dispositiu té, però això es combina amb un cert alleugeriment del pes que té l'estigma si alguns nois i noies ("iguals") també en fan ús o en parlen bé. Que altres persones de la mateixa edat o del grup d'indentificació facin ús del dispositiu o en parlin en positiu és una de les estratègies més efectives per desestigmatitzar l'atenció i el mateix recurs.

### 8.3.8. Partícula: "Fracàs escolar"

> Constantment apareix l'Octavi com a exemple de superació: "L'Octavi és un crac, perquè fa esport, no es droga i estudia". Li pregunto sobre la relació amb els estudis, un cop han dit que el fet d'estudiar i treballar no està fet per a les persones amb problemes de salut mental. Apareix aquesta idea que et quedes enrere perquè no estudies, no treballes, però l'Octavi és diferent a la resta, diuen, ell està estudiant (una FP d'informàtica). **(Diari de camp, grup focal 2015)**

Com hem vist en els relats de vida i al llarg d'aquest capítol, el centre escolar i els estudis són un enclavament fonamental per explicar els itineraris d'estigmatització adolescents i joves, de la mateixa manera que poden esdevenir una estratègia clau i una porta d'entrada a la tan anhelada *normalitat* si es superen determinades barreres i s'aconsegueix aprovar. És el cas de l'Octavi, el qual adquireix dins del grup un estatus superior o genera certa admiració, principalment per dues coses: s'està formant en estudis superiors i obté bones notes, i juga bé a futbol. No estem dient que els estudis o l'èxit acadèmic sigui una garantia d'evitació de l'estigma, però sí que és un altre dels àmbits importants on es particularitza, i per tant que cal ser tingut en compte, no només per les relacions que es donen dins de l'àmbit escolar i la importància que tenen per a la construcció de la pròpia identitat i autoestima, sinó també per l'èxit o fracàs en termes d'expedient acadèmic. Aquesta rellevància en termes d'estigma es fa especialment evident per defecte: quan una persona deixa els estudis obligatoris, el fet es converteix en una forma d'assenyalament de la desviació i d'*anormalitat*:

> (Passar de l'institut a un hospital de dia) es un cambio importante porque en teoría es de una persona normal a quien ya hay que reconocer como que hay un problema en sí. Porque Bueno, también puede haber gente que va a al cole y que va a psicólogos y tal. Pero claro, si ya dejas el cole pues ya se ve

> como algo más grave en este sentido, o sea, como algo más... Puede ser que va al cole y hace vida normal y que tengo a lo mejor depresiones o tenga cosas pero bueno claro si ya tiene que dejar el cole o tiene que dejar el trabajo ya se nota que hay algún problema más ¿sabes? (...) Que dejes una carrera o que dejes un ciclo y trabajes, pues vale, se entiende. Pero que dejes la ESO y sin hacer nada más, pues no es normal. Tú puedes dejar la carrera digamos si no te convence estudiar y puedes trabajar, o sea, que no pasa nada por eso. Es una situación ya normal, ¿sabes? Pero que dejes la ESO con 16 y nada pues... ya no es normal digamos**. (Ivan, 24 anys).**

L'informant està parlant de quan ell va deixar els estudis i dels efectes que això va tenir, de com això va fer evident i va confirmar que quelcom estrany estava passant. Deixar els estudis obligatoris és un signe inequívoc de *fracàs*, de desviació, i presenta una alta càrrega estigmatitzadora si el motiu és una problemàtica de salut mental i la substitució de l'institut per un hospital de dia. Tal i com planteja l'Ivan, deixar els estudis obligatoris funciona com a assenyalament i certificació de la anormalitat. En molts casos cal sumar aquest abandonament dels estudis a un itinerari previ on aquest estigma ja ha aparegut. Cal tenir en compte també que el centre educatiu és un dels principals derivadors de la persona al dispositiu de salut mental. Això, segons com es faci, pot ser estigmatitzant, però també pot esdevenir un mecanisme d'atenció davant del patiment i l'aflicció, i la majoria de les vegades és ambdues coses:

> ¿De dónde vienen derivados los pacientes a la red de SM? Vienen derivados por la escuela... La escuela también depende mucho de cómo lo plantee la escuela, el que eso pueda ser vivido como un estigma de "aquí ya no te soportamos más porque estás loco, eres un psicótico acabado y tienes que ir a tratarte" o que digan "oye, y lo planteen de una manera..." como un complemento, como algo que va a facilitar pues una situación de dificultad. **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada. 22-11-2017)**

En qualsevol cas, cal tenir presents les conseqüències simbòliques i materials de l'abandonament dels estudis i el centre educatiu per entendre l'itinerari d'estigmatització, especialment en el cas dels nois, els quals estadísticament abandonen més que les noies, una disparitat que ha crescut en les darreres dècades (Lomas, 2007; Gabarró, 2011).

## 8.4. | Estratègies i resistències davant l'estigma

Un com analitzades les dimensions i les partícules de l'estigma en base a l'estudi realitzat volem finalitzar aquest capítol centrant-nos en el que podem anomenar *estratègies d'enfrontament*, *negociació i supervivència* davant l'estigma. En consonància amb la literatura que ha estudiat les diferents respostes possibles davant l'estigmatització que pateixen col·lectius com les persones psiquiatritzades (Corrigan *et al.,* 1999; Corrigan, 2003) i els elements que condicionen aquestes repostes (Crabtree *et al.,* 2010; Callicott, Bertolino, Egan, Mattay, Langheim i Weinberger, 2014), respostes compartides també amb d'altres col·lectius portadors d'estigma social (Unger, 2000; De Vries, 2015), volem analitzar, a partir de les dades obtingudes, com es desenvolupen aquestes estratègies. Per fer-ho parlarem breument de tres nivells: el nivell públic, mediàtic i professional, en primer lloc; el nivell individual centrat en el *contínuum* entre ocultament/visibilitat, en segon; i per últim analitzarem superficialment el moviment entorn de l'anomenat Orgull Boig, per parlar de moviments i estratègies col·lectives.

### 8.4.1. Estratègies públiques: campanyes mediàtiques, entitats i iniciatives professionals

Les campanyes publiques i mediàtiques han estat una de les eines principals per lluitar contra l'estigma social, associat al trastorn psiquiàtric, o si més no reduir-ne l'abast. Des de la campanya de *Open the Doors*, impulsada l'any 1996 per l'APA (*American Psychiatric Association*), amb 200 intervencions a 20 països que tenien com a objectiu reduir l'estigma associat a l'esquizofrènia (Gray 2002; Sartorius i Schulze, 2005), fins a l'actualitat s'han produir múltiples iniciatives en aquest sentit. El primer problema de moltes d'aquestes campanyes és que la majoria no van associades a un avaluació posterior del seu impacte en termes de reducció de l'estigma (Penn i Wykes, 2003). Alguns dels estudis recents que analitzen l'impacte d'aquestes campanyes, sobretot en el context anglosaxó, parlen d'efectes positius, els quals es tradueixen en un augment de percepció general de la necessitat dels serveis de salut mental i una reducció l'estigma públic, però això no implica, per exemple, una variació pel que fa la necessitat d'ajuda per part de persones que presenten patiment psíquic, a partir de símptomes que la comunitat psiquiàtrica entén com a patològics (Collins, Wong, Breslau, Burnam, Cefalu i Roth, 2019).

El segon problema o limitació té a veure amb el fet que moltes d'aquestes campanyes no van tan adreçades a reduir l'estigma per millorar el benestar i el suport social, sinó que més aviat tenen com a objectiu eliminar barreres pel que fa a l'atenció, és a dir, aconseguir que un major nombre de persones facin ús dels dispositius de salut mental (Evans-Lacko, London, Little, Henderson i Thornicroft, 2010). Aquest propòsit, més o menys explícit, de les campanyes *antiestigma* –ampliar la població atesa per part dels dispositius de la xarxa salut mental– amaga una preconcepció segons la qual com més persones siguin ateses per professionals *psi* millor, sense valorar moltes vegades els efectes que això té en termes de *psiquiatrització* i medicalització creixent de la vida i les conseqüències ioatrogèniques del model psiquiàtric actual. Tampoc té en compte la cronificació o el model centrípet del sistema de salut mental. És quelcom semblant al que hem analitzat quan hem fet referència a les campanyes adreçades a persones socialitzades com a homes i a la promoció del *help-seeking*: el focus no es posa sempre en la crítica a l'ideal d'invulnerabilitat associat a la masculinitat hegemònica i en els seus efectes en termes de salut (mental), sinó a aconseguir que més homes facin ús dels serveis. Amb això no volem dir que no sigui important l'atenció per part dels professionals *psi* davant de situacions d'aflicció o que no sigui un objectiu vàlid el fet d'aconseguir que més persones amb patiment facin ús del sistema públic de salut, però això, paral·lelament, hauria d'anar acompanyat d'un qüestionament de si la medicalització (i *farmacologització*) del patiment (cada vegada més persones ateses pels recursos de salut mental) és la millor solució en tots els casos, o si més aviat respon a interessos econòmics (farmacèutiques, etc.) i/o a la manca d'alternatives comunitàries i no medicalitzades, o no exclusivament. Especialment cal valorar les conseqüències que té aquest enfocament en termes d'uniformització, totalització i individualització de les formes d'atenció i tractament, negant altres possibilitats o respostes al patiment que passen per la comunitat i no per respostes mèdiques. El mateix passaria amb campanyes adreçades a joves, com ara del *Bell Let's Talk* a Canadà[141]; la qual, després de la seva difusió a *Twitter*, es va avaluar en termes d'impacte a partir de la taxa d'utilització dels serveis públics de salut mental per part dels joves (Booth, Allen, Jenkyn, Li i Shariff, 2018). Per tant, com més consultes i pacients més exitosa és la campanya, aquesta és l'equació.

[141]Vegeu més detalls de la campanya a: https://letstalk.bell.ca/en/

Feta aquesta puntualització, si tornem a l'estudi de l'impacte d'aquestes campanyes sobre l'estigma públic, la majoria presenten un resultat positiu, però menor si les comparem amb d'altres estratègies, com ara el contacte quotidià i continuat amb persones diagnosticades. Aquesta darrera és de les estratègies més efectives en termes de reducció de l'estigma (Thornicroft, Brohan, Kassam i Lewis-Holmes, 2008), la qual cosa ha estat estudiada a països com Austràlia (Jorm, Christensen i Griffiths, 2005), Nova Zelanda (Vaughn, 2004) i Escòcia (Dunion i Gordon, 2005). Això no vol dir que no sigui recomanable o positiu complementar aquest vincle i contacte interpersonal amb campanyes mediàtiques, pensades per reduir l'estigma públic (Couture i Penn, 2003; Corrigan, 2011), especialment per intentar revertir els estereotips generats pels mitjans de comunicació, que associen el trastorn mental amb la violència o donen una visió estigmatitzant de les persones diagnosticades (Philo, 1996; Wilson, Nairn, Coverdale i Panapa, 2000).

Segons un estudi realitzat pel *National Institute of Mental Health England* (2004), sis són els prinicipis en els quals s'haurien de basar aquestes campanyes que tenen com objectiu reduir l'estigma públic però també influir i fer minvar l'autoestigma:

- Implicació dels experts i expertes per experiència (*experts by experience*) en el disseny, el monitoratge i l'avaluació dels programes[142].
- Programes correctament monitorats i avaluats.
- Programes i campanyes nacionals vinculades a entitats i iniciatives de base[143.]
- Programes adreçats als canvis de comportament i actitud a partir d'estratègies *ganxo* (*'stick'* i *'carrot' strategies* segons Sayce, 2003).
- Missatge específics i clars, que siguin fàcilment identificables per part de l'audiència.
- Assegurar la planificació i el finançament a llarg termini.

En aquest llistat hi afegiríem també la importància de generar programes locals (adaptats al context) i adreçats a un o pensats per a grups específics (professionals de la salut, periodistes etc.), o com a mínim aquest era el plantejament del "Open the Doors" (Thornicroft

[142]Com per exemple el que s'ha fet a Nova Zelanda: www.lmlm.govt.nz

[143]Programa WPA internacional (www.openthedoors.com) i programa escocès (www.seemescotland.org).

*et al.,* 2008). En el context llatí, espanyol i català hi trobem també iniciatives en aquest sentit, com ara bé, la campanya "Anti Estigma de la Colifata" (Argentina[144]), la campanya "#NoTeHagasElLoco" impulsada per Salud Mental España i Mediaset[145], o el "Per la Salut Mental, dona la cara" d'Obertament a Catalunya[146], per posar-ne alguns exemples. Totes elles van adreçades a contradir els estereotips associats al trastorn mental, amb un discurs més o menys paternalista en funció del cas.

Durant el treball de camp i les entrevistes no és un tema que hagi ocupat gaire espai ni hagi generat gaire interès, però sí que apareixen alguns matisos importants pel que fa a la percepció dels informants sobre aquestes campanyes:

> A ver, en parte me parecen bien (les campanyes anti-estigma) porque ayuda a... es verdad que se populariza mucho pero yo creo que... A ver, las cosas cuando cambian no cambian de golpe, hay que hacer pequeñas cosas para que cambien. Yo creo que esto está bien porque incentiva un poco a la gente a ver que, la gente que tenga una discapacidad o un diagnóstico o una enfermedad mental, pues... bueno, como cualquier persona. Lo que pasa es que también hay otro punto que también sea negativo que es... que el estigma lo anuncian tanto que parece que sí que son iguales pero siempre están por debajo, ¿vale? Es un contrasentido. (…) Estás señalando, este discapacitado es igual que tú, pero no es que el discapacitado sea mejor que tú. Porque no tiene una discapacidad en verdad, tiene una forma de ser concreta. Con sus pros y sus contras. Bueno, tal vez, un poco, un punto más a favor però... tampoco me parecen... pero que deberían mejorar ese ámbito, yo creo. **(Octavi, 26 anys)**

> Encara que sigui del mateix col·lectiu, i quan parlen d'estigma doncs és com aixecar una bandera que ficar barreres, és el que deia abans, parlar de l'estigma és aixecar una barrera que implica barreres, perquè estigma és una paraula tabú, l'estigma el pot tindre qualsevol persona per qualsevol, per qualsevol motiu, per tu o amb tu. (…) El fet de dir "som aquí i tenim diversitat funcional, tenim problemes, aixequem una bandera recolzant els nostre drets" *pues*, això és alienació, (…) Perquè moure's per lluitar contra l'estigma és estigmatitzar-te perquè és dir-te "que soy diferente", i volem unió, volem col·lectiu. (…) I quan parlem del terme diversitat funcional, és diferent formes de funcionar, amb això sí que la barrera sí que hi és... No és tan alienant aquesta paraula, diverses formes de funcionar, aquí engloba tothom, això sí que està bé. Però *ensalzar* una bandera amb estigma promulgant els drets de... no. **(Toni, 2017)**

[144]Quatre anuncis difosos a través d'internet i els mitjans de comunicació, vinculats als drets que contempla la Llei Nacional de Salut Mental 26.657 del 2010 : https://www.youtube.com/watch?v=b32SuTbq8nw,

[145]https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-y-mediaset-41438/

[146] https://obertament.org/ca

En ambdues narratives apareix un discurs força recurrent durant els anys de treball de camp, especialment quan apareix, com a tema de conversa, alguna iniciativa generada per lluitar contra l'estigma (tant des del món de l'activisme com des de les administracions o el tercer sector). Apareix sovint la idea que parlar d'estigma i fer-hi accions en contra és una forma de confirmar-lo i apuntalar la distància que separa, com diria Yang *et al.*, (2007), els estigmatitzats/ades (*stigmatized*) dels estigmatitzadors/es (*stigmatizers*), una idea despolititzada de la visibilitat i la (re)apropiació de l'estigma com a eina de transformació, però també, com veurem més endavant, un mecanisme de supervivència que esdevé espai de llibertat i moviment dins de l'opressió del qual disposen tots els col·lectius o persones oprimides que tenen la capacitat de passar desapercebudes. Es tracta de la llibertat d'escollir quan volen que sigui vista o no la seva condició *desacreditable*, que diria Goffman (2008), la qual no té perquè convertir-se en *desacreditada,* però en tot cas, això excedirà el control de la persona estigmatitzada i dependrà de l'estigmatitzadora. En aquest sentit, és pertinent recuperar l'origen grec de la paraula *estigma* que explica Goffman (2008), segon el qual, originàriament, es feia servir aquesta paraula per referir-se a les cicatrius que se li feien a un individu (mitjançant talls o cremades) per alertar sobre la seva situació social o *maldat*, com a esclau, traïdor o saquejador. I això és el que venim a discutir aquí, que no sempre aquestes cicatrius poden amagar-se o en tot cas no sempre depèn d'una voluntat individual. En cas de poder-les amagar, sempre cal gestionar la por de ser descobert.

Des de la xarxa de dispositius apareixen també iniciatives que pretenen desestigmatitzar els circuit i els serveis de salut mental, les quals les podem incloure en aquest conjunt pràctiques *antiestigma*. En aquest cas sí que de manera inequívoca l'objectiu és reduir les barreres que genera l'estigma en termes d'atenció i *help seeking*. Per tant, moltes de les iniciatives tenen com a objectiu augmentar la proporció o el nombre de persones que experimenten patiment subjectiu i són ateses per algun recurs públic, la qual cosa no és una responsabilitat professional o dels programes que comentarem tot seguit, sinó que s'emmarca, com dèiem, en un context de medicalització creixent del patiment, la qual cosa es tradueix en un augment de la pressió assistencial pels recursos (especialment públics i en contextos on es produeixen vulneracions de drets, desigualtats econòmiques, pobresa, etc.). En aquest cas, algunes professionals es refereixen principalment a mesures *antiestigma* aplicades en dispositius adreçats a adolescents (tot i que hi ha estratègies que engloben tots els dispositius d'atenció):

> Allà a CSMIJ i al CSMA es va fer tot un espai que era *antiestigma*, no? No posa cap paraula de salut mental a la porta, s'ha integrat al mig del barri, hi han varis serveis dins del mateix edifici perquè quedi diluït també, no? que no quedi clar on entres, però *bueno*, en el barri se sap que qui entra allà entra a la salut mental. (...) Jo sempre intento que els adolescents puguin preservar una part de la seva intimitat perquè a vegades es senten molt exposats a l'entorn, com si no hi hagués una barrera, com si no hi hagués un filtre, no? Entre el que els passa dins i el que passa fora, i jo crec que una de les coses que has de treballar amb nens i adolescents sans o malalts és ajudar-los a delimitar aquest punt, no? Que sempre hi ha una part que un es pot quedar amb si mateix, i normalment els nanos acaben explicant-ho, que van al... no diuen que van al psiquiatre, no els agrada, jo que soc psiquiatra-psicoterapeuta, no els acaba d'agradar dir que van al psiquiatre, diuen que són la seva psicòloga, o que són la seva metgessa, però la paraula psiquiatra sí que els costa. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil. 05-04-2017)**

Des de la distribució i decoració de l'espai fins a la manera de concebre el que des del món *psi* s'anomena el *setting terapèutic*, presenten una voluntat desestigmatitzadora que permeti eliminar o reduir les *barreres* (l'estigma principalment, però també n'hi ha d'altres) entre el dispositiu i el subjecte, entre el subjecte i el professional. Durant les entrevistes apareixen altres experiències que tenen per objectiu desestigmatitzar l'atenció en salut mental, però aquesta vegada traslladant l'atenció i l'acompanyament a dispositius de la comunitat no medicalitzats, principalment les escoles. Vegem-ne dos exemples:

> El programa *Salut i Escola* era que hubiera una enfermera, una enfermera formada en psicología del adolescente y que pudiera atender *in situ* al adolescente. Pues eso generó una gran disposición a la atención, y además con la libertad de que, bueno, si lo conoces no te lo explico, porque te voy a soltar... Quiero decir que esto funcionó y yo creo que hizo una buena labor, en este sentido, de quitar el estigma, que se pueda ir a consultar... que de entrada ya no es un psicólogo, que es un enfermero, enfermera, que eso también de tranquiliza un poco, ¿no? Porque la palabra *psi*, pues siempre se asocia a que "yo no estoy loco", "yo sí que estoy loco". Eso crea una posibilidad de acercamiento y de contactar eso, con un adulto que te escucha, que no sea nadie de tu familia ni de tu entorno, y entonces ahí, pues facilitar la consulta a un centro ya especializado, eso fue una buena cosa. **(Alicia, psicòloga cl**ínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.**2017)**

Principalment aquestes iniciatives es basen a generar contextos d'atenció dins la comunitat (centre educatiu en el cas dels adolescents) i fora dels dispositius de la coneguda com a xarxa salut mental. Podem destacar moltes coses d'aquestes experiències, però si ens basen en les narratives professionals, sobretot podem parlar de dos trets característics:

la desestigmatització dels espais d'atenció a la salut i la creació d'espais de cura per a les persones adolescents. De manera menys o més explícita, podem afegir un tercer vector que té a veure amb detecció i derivació de casos que d'una altra manera no arribarien a la xarxa de salut mental, és a dir, l'apropament de la comunitat als dispositius de salut mental. Això ho podríem entendre com una millora del benestar exclusivament si no tinguéssim en compte la lògica centrípeta del circuit de salut mental, el qual, en ocasions, contribueix a la cronificació, i això genera malestar. Estaríem parlant en aquests casos de pràctiques iatrogèniques. Un altre professional ens explica una altra experiència amb objectius similars però amb alguns matisos (espais grupals i professionals *psi,* no d'infermeria):

> Programa de risc en les adolescències. *Bueno*, és un programa que surt d'un conveni entre el departament de salut i el d'educació per apropar la salut mental a les escoles. En principi no està pensat per alguna patologia, sinó que està pensat per a nanos que tenen una conflictiva adolescència a les escoles, que dificulta molt el tema que puguin aprendre i seguir el desenvolupament.... nanos que la *lien* (riu), per resumir. *Bueno*, ara també comença a haver-hi grups de nanos d'aquests més inhibits, que els costa més, que de vegades són absentistes i tot això. Però sobretot jo crec que la idea de base és obrir un espai de paraula per als nanos i que a més no sigui aquest típic espai de *les vamos a enseñar*... no? Que sigui un espai on ells puguin parlar. (...) Hem de partir molt d'una construcció conjunta, no? on cadascú aporta *algo* però també rep *algo*, i que no és a més aquesta qüestió una miqueta d'aquesta sinergia el que pot donar una altra mirada i inventar altres coses, no que hi hagi una cosa piramidal i que algú diu el que s'ha de fer i *punto* (...) i anem construint aquests grups amb aquesta premissa de confidencialitat, i els nanos, *bueno*, l'experiència que tenim és això, anem a quatre instituts i la idea és que nanos amb més recorregut i més capaços, que te la *lien* molt i tot el que tu vulguis, però són nanos que poden pensar, parlar i de més, un pas per la paraula que pugui donar més coherència. (...) És un espai maco, per això, perquè permet un cert canvi de mirada per les dues bandes, i en el cas dels nois, jo crec que un tenir, o sigui, prendre compte que des de pensar i compartir i parlar... i això és important. I a mi el que... es poden buscar altres solucions al que t'inquieta, al que et conflictiva, i a mi sobretot, tenint en compte el moment social, jo crec que és fonamental aquesta qüestió de donar un temps i un espai i una presència. Que jo crec que són les... *bueno*, bàsicament el temps i la presència són les coses que avui dia s'estan diluint, i per mi l'adolescència continua denunciant això (...) On sou els adults? Teniu temps per a nosaltres? Us feu càrrec en la responsabilitat de ser-hi? (...) Això ho vam començar el curs passat, en realitat som tres (...) jo en porto 2 (instituts) i es fa a 4 barris. **(Carlos, psicòleg infantojuvenil, 2.03.2018)**

Aquestes són experiències i iniciatives de caràcter comunitari sobre les quals caldria estudiar l'impacte en termes de reducció de l'estigma, però que en tot cas presenten aquesta intenció o finalitat, més enllà d'altres objectius que tenen a veure, en definitiva, amb l'atenció del patiment mental, en aquest cas, la cura del jovent i les persones adolescents amb malestar.

### 8.4.2. Estratègies individuals: visibilitat-ocultament

> Bueno, yo en realidad nunca he dicho que lo había dejado (els estudis), en realidad mi familia en general... Bueno mis padres y mis abuelos sí pero el resto, tíos y tal, nunca... He dicho que estudiaba, que trabajaba y todo ha seguido normal, en realidad (…) en realidad, nadie lo sabe (…) yo nunca he dicho nada, siempre que he estudiado, todo normal y ya está. (…) Sí, porque tampoco sé muy bien ni qué decir, ¿sabes? Ni qué decir ni por qué tal, y es que tampoco, ¿sabes? queda muy raro y a mi no me gusta eso. (…) Porque claro, si me conocen de siempre, me ven más o menos normal y que lo deje, es raro, no es normal, que un chaval deje los estudios así, sin motivo en teoría, ¿sabes? O sea, yo nunca he dicho ninguna... nada de eso ¿ sabes? Ni a familia ni a nada. (…) Que dejes la ESO y sin hacer nada más, pues no es normal. Tú puedes dejar la carrera digamos si no te convence estudiar y puedes trabajar, o sea, que no pasa nada por eso. Es una situación ya normal, ¿sabes? Pero que dejes la ESO con 16 y nada pues... ya no es normal digamos (…). Si hubiera estudiado pues quedaba todo normal, pero claro si vas al cole no es muy... Claro, sin hacer nada es raro, es muy raro en realidad (…). Si no estudias con 16 es raro. Si no estudias con 20 y pico es normal. Puedes trabajar o puedes otras cosas pero con esa edad es más raro, ¿sabes? **(Ivan, 24 años)**

Segons la *Modified Labeling Theory* (Link *et al.* 1989), quan s'etiqueta un individu i se l'estigmatitza, aquest o aquesta es veu immers en una posició d'haver de negociar (internament i externament) amb el que sap o coneix que són les actituds negatives de la comunitat respecte a la seva condició, les quals es converteixen per aquestes persones en quelcom rellevant. És una negociació inevitable, però es pot donar de moltes formes. Com hem vist anteriorment, l'estigma es particularitza de múltiples maneres. En aquest primer fragment de narrativa, el fet de deixar els estudis com a conseqüència del malestar i l'inici de l'itinerari dins del circuit de salut mental fa evident la condició de persona fora de la norma o exclosa. Això obliga l'informant, i totes les persones possibles portadores de l'estigma, a prendre decisions en relació a la informació que comparteixen, la que no i, sobretot, amb qui i quan.

El cas de l'Ivan és una situació força paradigmàtica en aquest sentit. Fa anys que participa de les activitats del club, concretament del futbol, però com molts d'altres sempre ha manifestat una distància explícita respecte a la dinàmica del club; *jo només participo en aquelles activitats que m'interessen, però no formo part del club*. Una posició que té a veure, segurament, també amb la gestió subjectiva i personal de l'estigma. Per converses amb ell i amb les professionals del club que el coneixen, sabem que manté la seva participació en l'activitat del club i hem tingut accés a d'altres informacions: ha deixat els estudis, no treballa ni estudia i ha format part i participa de la xarxa de dispositius i entitats de salut

mental, etc. Tot això no ho sap ningú de la família extensa, ni amics/amigues de la família, ni veïns/veïnes, etc. Només les persones properes, que no són de la seva més absoluta confiança (parella, amics/amigues properes i família nuclear) n'estan al corrent. Per la resta ha construït, i així ho explica durant les entrevistes i converses informals, un relat alternatiu i fictici que és el que comparteix amb la resta de persones, la família extensa, per exemple. En aquest relat els estudis i la feina tenen un rol central, ja que són els dos elements que segons ells *simbolitzen* (condensen) l'estigma (tant ho poden fer en negatiu com en positiu). Reprendrem aquesta narrativa més endavant quan parlem del *passing*. Ara seguim amb la gestió de la informació i els símbols d'estigma.

Totes les persones portadores d'estigma es veuen amb la necessitat de prendre decisions en aquest sentit. Goffman (2008) ja parlava d'una *informació social*, reflexiva i *corporalitzada*, que la persona ha de gestionar quan aquesta inclou *símbols d'estigma*, és a dir, "aquellos signos especialmente efectivos para llamar la atención sobre una degradante incongruencia de la identidad, y capaces de quebrar la que de otro modo sería una imagen totalmente coherente, disminuyendo de tal suerte nuestra valorización del individuo" (2008, p.63) i *símbols de prestigi*, tot just el contrari. El nostre informant opta, com la majoria de les persones entrevistades, per l'encobriment parcial i selectiu, només explica la seva situació (deixar els estudis, no estudiar ni treballar) a determinades persones del seu cercle de confiança. En molts casos l'experiència d'adolescents i joves respecte al seu patiment, tractament, diagnòstic, etc. es construeixen a partir d'una espècie de *doble biografia*, gràcies a la qual les persones que el coneixen o comparteixen espais amb ella no disposen de certa informació sobre els *símbols de l'estigma*, que coneixen només la persona i el seu cercle més íntim:

> [...] Jo a l'escola... en tot l'institut, no li vaig dir a ningú que em medicava i que anava al psiquiatra o psicòleg, evidentment pel rebuig de la classe. (…) De rebutjat ja n'estava. A mi em feien *bullying* a l'escola i a l'institut també. Només faltaria dir que prenc medicació perquè em donessin una pallissa pitjor. (…) A l'institut és quan vaig començar a prendre medicació i sí, jo no feia *migas* amb els amics, era un marginat i clar, només faltaria dir a algú "mira, prenc medicació" perquè em fiquin més estigma la gent de la classe, no? Seria... M'ho imaginava que seria molt pitjor. *Llavorans* m'ho guardava per dintre, no l'hi explicava a ningú, ni en tota l'ESO que són 4 anys, de 1r d'ESO a 4t no li vaig explicar a ningú que jo em prenia medicació perquè anava a una escola normal, diguéssim, no especial. I allà tenia rebuig i podia haver tingut molt més rebuig que... dient... declarant-me que anava al psicòleg i prenia medicació. (...) No, però per això ningú sabia que prenia medicació, sí que no val, em feien bullying perquè volien, però en aquest aspecte la gent es fa més comprensiva

> a mesura que va passant l'edat, vull dir-te que si una persona t'estava discriminant per tindre diversitat funcional o problemes mentals potser és quan és més jove quan et discriminen més. **(Toni, 27 anys)**

En aquest darrer cas apareix, de nou, l'*encobriment* com a estratègia social de supervivència durant l'adolescència. Amb un matís important, la reducció progressiva de l'estigma durant la joventut, la qual cosa permet canvis pel que fa a la gestió de la informació. Segons la seva experiència subjectiva, la *visibilització* i el grau d'acceptació de la seva condició creix conforme augmenta l'edat, de manera inversament proporcional a una disminució de l'estigma. Les maniobres d'encobriment apareixen també en les narratives de les professionals *psi* que treballen amb adolescents però, en aquest cas, el que descriuen és un panorama divers a l'hora de negociar l'estigma, associat principalment a la medicació psiquiàtrica:

> A veure, pel que fa la medicació, l'estratègia és o no prendre-la o prendre-la d'amagat. Aquesta és l'estratègia. *Bueno*, hi ha una altra estratègia que és negar la malaltia i considerar que no necessiten prendre res, i que en tot cas la culpa és del pare, de la mare o de l'àvia. No? Per tant de no assumir el que li està passant a ell, i tirar pilotes fora, aquesta és una estratègia, no? L'altra és aquesta, *vale* jo accepto que tinc un problema mental però no vull que se sàpiga i per tant, doncs la medicació la prenc en llocs on ningú em vegi, *vale*? I l'altra també és pensar, *pues* sí, jo d'acord, jo tinc un problema mental però no necessito medicació perquè això ja ho resoldré amb els meus propis recursos. Jo mateix ja podré lluitar contra la malaltia, sense la necessitat de prendre res. Per tant, diguéssim, una manera de salvar la marca, l'estigma, *pues*, aquí en tens tres modalitats. **(Antoni, psiquiatre, psicoanalista i fundador de la primera Unitat de Crisi d'Adolescents de l'Estat espanyol, 26.04.2018)**

Segons les narratives de les professionals *psi* entrevistades, existeix una diversitat de formes de negociar l'estigma a nivell individual i subjectiu, especialment quan es refereixen a la gestió dels *símbols d'estigma.* Concretament la narrativa apunta a tres possibles estratègies respecte a la gestió de la informació en relació al consum de psicofàrmacs: ocultació, negació o autogestió. En la següent narrativa, una directora de CSMIJ relata com aquesta negociació amb l'estigma i aquesta gestió de la informació esdevé cultural i per tant, històricament construïda. Això fa que hagi evolucionat històricament, juntament amb un cert desplaçament de la figura del professional i del tractament *psi* a nivel d'imaginari social:

> N'hi ha que no ho volen dir i no ho diuen en el seu àmbit escolar, o els seus amics, hi ha de tot, hi ha de tot (riu), perquè com deia abans, jo crec que ara hi ha un excés d'anar al psicòleg i al psiquiatre (riu), hi ha una patologització, *bueno*, no ho deia abans això però t'ho vaig dir un altre dia, hi ha un excés, hi ha un voler patologitzar qualsevol estat i aleshores, jo crec que ara les generacions han entrat molt amb això, la veritat, excessivament, fins i tot... fins i tot els pares, referents dels menors, professionals, no? a tot arreu hi veuen patologia. Però *bueno*, els nanos, evidentment, construeixen estratègies, *pues* no ho diuen, però també és curiós veure que quan ells tenen molt més clar, o sigui, si ells volen consultar perquè hi ha *algo* que els preocupa, ja no ho posem en el terreny d'un trastorn lleu o greu. Si ells volen consultar, si hi ha *algo* que els preocupa, i volen treballar amb allò per veure quina sortida troben, també en un principi moltes vegades ho amaguen, per exemple no ho volen ni dir als pares, ho amaguen als amics, però a mesura que van avançant diem, i van podent localitzar, el que els passa, i ta, ta, ta... llavors ho expliquen, fins i tot a vegades li diuen a l'amic, "escolta que jo he anat amb aquest psicòleg", "o aquesta psicòloga ves-hi que t'anirà bé", és a dir, que sí, hi han estratègies d'evitament o d'ocultació, a vegades però aquesta és l'estratègia fonamental perquè els que estan més vulnerables, trastorns mentals greus i tal, també, a vegades no volen que se sàpiga. **(Montse, directora de CSMIJ, 17.01.2018)**

En aquest sentit, de nou, trobem que l'ocultació és només una part o una de les maneres de controlar els *símbols d'estigma*. Hi ha dos elements que segons aquesta narrativa poden condicionar aquesta gestió de la informació i l'estigma: el moment històric i l'origen de la demanda d'atenció. Si és la persona i no el seu entorn qui fa la demanda el procés pot variar. En altres entrevistes apareix també aquesta mateixa idea, segons la qual algunes persones joves i adolescents que transiten per la xarxa de dispositius de manera regular o reiterativa gestionen la informació més des de la visibilitat que des de l'encobriment:

> *Bueno*, però el tema és que porten molts anys donant voltes en el sistema públic, és hospital de dia, CSMIJ, ingrés psiquiàtric, i els conten amb els dits de les mans, no? quantes vegades han entrat en hospitalitzacions. Llavors, que és moltíssim per un nen de 12 anys o de 15 anys. *Llavorans* entren en una cosa molt caricaturesca, no?, no "como si, yo voy al psiquiatra y...", no?, ho expressen... ho juguen i ho expressen *inclús* de vegades fent-ho conèixer i explicant precisament quantes pastilles prenen i què és tot el que fan i totes les visites i... i després hi ha tot el contrari, no? Gent, que tot el contrari, que no, que es posen en una posició més negadora de la realitat. Depèn de quant hagin estat sotmesos pel sistema sanitari. **(Carla, psiquiatra i psicoterapeuta infantojuvenil, 05.04.2017)**

> Y después pues hay un poco de todo, ¿no? hay des de los adolescentes que se pasan y "yo voy al psicólogo", y "yo también", y "mi psicólogo es mejor que el tuyo", hasta los que lo ocultan absolutamente porque el sentimiento es que están locos y ellos no están locos. A mí me cuesta generalizar... **(Alicia, psicòloga clínica, psicoanalista, jubilada, 22.11.2017)**

ETNOGRAFIA

En els dos fragments apareixen dues maneres de gestionar els símbols de l'estigma: l'ocultació/encobriment i la *visibilització*. En el primer cas la negació no apareix, com en altres casos, com un símptoma patològic i de mal pronòstic mèdic, sinó més aviat com a símbol d'una resistència i no-sotmetiment al "sistema sanitari".

Si reprenem l'exemple inicial, com a cas paradigmàtic, hi ha un altre element central en termes de gestió personal de la informació i dels símbols d'estigma. Aquesta gestió o la possibilitat de decidir sobre l'encobriment/visibilitat d'aquesta informació no sempre és una decisió que, com el cas de l'Ivan, pot prendre la persona, dependrà d'elements que excedeixen a la seva voluntat i de si aquests *símbols d'estigma* són menys o més visibles. En aquest sentit, els estudis *queer*, els col·lectius LGTBI i especialment el moviment *trans* aporten un concepte que pot ser extrapolable a qualsevol col·lectiu socialment estigmatitzat, com ara les persones amb un diagnòstic psiquiàtric: el *passing* (Halberstam, 2005). El *passing* es defineix com la possibilitat que té la persona de passar desapercebuda, o no (Coll-Planes i Missé, 2018), en un context social determinat. En el cas de les persones *trans*, que aquestes tinguin *passing* voldrà dir que passen desapercebudes perquè semblen o poden ser identificades com a persona *cis*[147] . Si extrapolem aquest concepte al camp de la salut mental, podem dir que tenen *passing* aquelles persones que passen desapercebudes o que són identificades com a persones sense *psiquiatritzar*. Durant el nostre treball de camp hem identificat diferències importants pel que fa el *passing* de les persones amb experiències psiquiàtriques i patiment subjectiu. El el nostre cas, el *passing* dependrà del context, però sobretot d'una sèrie d'elements relacionats amb l'itinerari de la persona: grau de cronificació, edat d'inici de l'itinerari psiquiàtric, classe social, medicació, formes de comportar-se i expressar-se, etc. Tornant a l'exemple de l'Ivan, per a la construcció de la *doble biografia* és necessari un requisit previ, tenir *passing.* L'Ivan és una persona que per manera d'expressar-se, per capital cultural, social i econòmic, però també per tipus de patiment, medicació i tractament psiquiàtric rebut, etc., presenta les característiques que encaixen amb la idea normativa de noi jove sense diagnòstic i que podria no formar part o fer ús de la xarxa de salut mental. Això fa que pugui decidir, en la majoria d'ocasions, si encobreix o visibilitza determinats símbols d'estigma. Si l'Ivan tingués al·lucinacions auditives, efectes

[147] Persones que, segons el sistema sexe-gènere, binari, presenten una correspondència entre sexe i identitat de gènere. És a dir, persones que s'identifiquen amb el gènere que se li ha assignat al néixer en funció del sexe (Missé, 2013)

secundaris de la medicació visibles i *corporalitzats* (tics o moviments involuntaris, canvis de pes molt sobtats, boca seca, etc.) el *passing* desapareixeria o disminuiria i els *símbols de l'estigma* serien molt més difícil d'encobrir.

Segurament, aquesta espècie de manlleu conceptual o préstec del *passing* aplicat al camp de l'antropologia de la salut (mental) caldria fer-se servir aplicant certs matisos i amb cautela si tenim en compte diferències importants que apareixen entre les experiències *trans* i les experiències de patiment subjectiu. Entre d'altres coses, perquè l'experiència *trans* i el moviment a favor de la despatologització[148] defensa que el problema està en la mirada social i mèdica, i no en el fet *trans*. En canvi, en el cas del patiment mental (especialment en el cas de trastorns mentals greus o severs) el problema no només apareix com a conseqüència de la mirada social si no hi ha un patiment previ que no depèn exclusivament de l'estigma. Reprendrem aquest debat en el proper apartat quan parlem de la idea d'*Orgull boig*.

En tot cas, el concepte del *passing* ens és molt útil a l'hora d'analitzar les estratègies individuals de gestió o negociació dels *símbols d'estigma* que apareix en algunes de les narratives analitzades. En els dos fragments següents apareix aquesta idea de manera clara quan els informants *surten de l'armari* i fan pública la seva experiència:

> A mí me gusta contarlo porque no es algo que me afecte como quien dice, yo me desahogo contándolo, me va bien porque así, aunque puede ser que les parezca algo, como quien dice, negativo, por qué no... han de decir este está loco, no sé, este... como que te pueden discriminar o te pueden decir este no está bien en la sociedad o no puede hacer una vida normal o no puede tomar decisiones o... yo qué sé o no puede hacer muchas cosas, ¿no? Por la discapacidad o por la disminución, pero la gente que me conoce sabe que parece que yo no tuviera ninguna enfermedad, que yo estuviera bien, o sea, que no lo notan, en mí no lo notan. Como puede pasar en otros casos que si en verdad están como que se les nota, se les afecta mucho más, que se les ve, que sí que tienen una disminución, ¿sabes? Es como si no tuviera nada, ¿sabes? Pero yo lo cuento porque... tampoco debería, porque es algo íntimo, es algo privado como quien dice, es algo que como que no les importa a nadie, como quien dice, ¿no? Es algo personal, digámoslo así. Pero a mi me da igual. Yo lo puedo contar, más que todo si tengo alguien de confianza, si no... no lo cuento así. (…). (**Nicolás, 26 anys)**

[148]Val a dir que aquest plantejament no engloba totes les experiències trans, existeix una concepció força hegemònica d'haver nascut en un cos equivocat. Veure Missé (2018).

> O sigui, jo, jo, envers a la societat, la gent, hi haurà gent que crea estigma però *no creo que haya gente mala, mala, mala que diga* "vamos a por él porque tiene problemas". Potser hi ha gent així però no em vull relacionar amb ella, però sí que crec que els importa, jo conec amics, però sí que crec que hi ha gent que els importa, jo conec amics, en un futur, a l'escola ho deia però en un futur jo, jo sí que amb amics i amb gent que sortia sí que he declarat que "mira, jo prenc medicació, he estat ingressat i mira, pateixo problemes mentals" i no m'han fet la pua. A veure hi ha gent que potser no ho hauria acceptat, però amb confiança amb altra gent sí que no els ha importat, m'han dit, fins i tot m'han dit, amb això que he dit de "no se nota o sí que se nota", vaig amb això, que dius "Albert, a tu t'han ingressat? A tu et donen mediació? Però si ets més guapo que un *pan* i ets més dolç que un anís, per què tio, per què?!" No?. **(Toni, 27 anys)**

Als dos fragments és aplicable la idea del *passing*, a partir de la sorpresa que manifesta l'entorn davant de la visibilització que fan del patiment i la seva experiència psiquiàtrica (o *psiquiatritzad*a). La idea del "no se nota" evidencia el *passing* previ (no t'ho havíem notat fins ara) que de cop es trenca. Tenir *passing* es converteix en un requisit indispensable per a la gestió dels *símbols d'estigma*, sense el qual no és possible construir una *doble biografia* o al control de la informació com a estratègia davant l'estigma. Tenir *passing,* en el nostre camp d'estudi, habilita a decidir si evitar compartir determinada informació que pot desacreditar i també dona la possibilitat de visibilitzar en determinats moments, i com a voluntat política, la pròpia experiència. Però tenir *passing* no evita l'estigma, ni el patiment que s'hi associa, per dos motius. En moltes ocasions aquesta informació pot circular més enllà del control o decisió de la persona. Goffman (2008) ja parlava d'aquestes situacions en què de manera accidental, la *identificació personal* es relaciona incidentalment amb la *indentitat social*. Durant una tarda al club, dins del marc de l'activitat de ràdio jove, descric la següent escena en relació a això:

> Estem parlant abans de començar amb el programa de ràdio. El Pol no diu res, només parla quan la Raquel (educadora) el convida a explicar una anècdota de quan van anar al Museu de la Ciutat amb el club de joves, relacionada amb la ràdio. En un moment en Pol explica davant del grup que aquest estiu se'n va de vacances dos mesos, sol (sense la família), amb amics, descriu el que farà i el temps que marxa. Aleshores la Raquel se n'adona que aquestes dates coincideixen amb una sortida que està programada, que té molt èxit entre el grup de joves i que consisteix a anar al Tibidabo. Li fa saber que les dues coses són incompatibles i el posa en un compromís. Es descobreix que el que acaba de dir no és cert o bé és més un desig o una fabulació que una realitat. El Pol es posa nerviós, però com ha passat altres vegades defensa la seva versió. Aquest viatge de dos mesos no existeix i no es farà, però és com si el Pol necessités sempre inventar quelcom millor que allò propi, agradar al grup així. Moltes de les històries que explica al grup tenen a veure amb el fet de trobar feina, amb amics i amigues i activitats

> que fa o farà amb aquestes, etc. Sobretot són invencions que posen de manifest un imaginari de joventut normativa (vida social, trobar feina, etc.), però que moltes vegades són descobertes davant del grup com a falses. **(Diari de camp, 2018)**

Aquesta vinyeta descriu una maniobra d'encobriment de la informació però en direcció contrària (no s'amaga la informació estigmatitzant a persones que no disposen d'aquesta informació, sinó que es crea o s'inventa una realitat normativa davant dels "iguals) que pot ser més o menys intencionada, en funció de si és una fabulació o una invenció. En tot cas no ens interessa el continent sinó el contingut. Apareix de nou una *doble biografia*, a partir de la qual el Pol presenta una experiència menys estigmatitzant i més relacionada amb una espècie de model de normalitat, en termes d'ideal cultural (fer vacances amb amics). Però de manera incidental moltes vegades aquest encobriment en forma d'inveció falla, és contradit i el *passing* de jove amb molts amics i amigues que treballa i té una vida social molt activa es desmunta.

En segon lloc, tenir *passing* obliga a decidir constantment (excepte en espais de confiança o ja coneixedors de la pròpia identitat i història personal) quina informació es comparteix i quina no, a viure la por de ser descobert i el patiment associat a les identitats de tipus més *liminar* o que es mouen en la frontera, una elecció que les persones sense *passing* no han de fer, amb la contrapartida que no poden gestionar, en la majoria d'ocasions, els *símbols d'estigma*. No es traca d'elaborar una escala sobre les possibilitats de ser discriminat o l'estigma rebut en funció del *passing* (segurament el fet de no tenir *passing* genera més discriminacions en la majoria dels casos), sinó d'introduir en l'equació aquest element per entendre com funcionen els processos d'estigmatització, i en entendre les seves particularitats en funció d'aquesta dimensió (encobriment/visibilitat). En el cas dels nois joves *psiquiatritzat*s, on encara moltes vegades la situació no s'ha cronificat (o no tant com passa en persones adultes), el grau de control respecte a aquests símbols, en funció del *passing* que té cadascú, determinarà els itineraris d'aquests nois en relació a l'estigma i crearà formes de viure'l i negociar-hi particulars. En tot cas les *identitats liminars* (nois *psiquiatritzats* amb *passing* en aquest cas) presentaran sempre un conflicte o dilema en relació a la informació que comparteixen i com això afecta la construcció de la pròpia identitat.

## 8.4.3. Estratègies col·lectives

Avui és d'aquelles sessions en què tot va sol. Al principi costa introduir la idea de l'orgull boig. El dia 20 de maig és el primer dia que es celebrarà a Barcelona i volem compartir la iniciativa, però costa d'entrada introduir el tema. Primer la Raquel (educadora) explica la convocatòria perquè Arlet, José i Iu no saben ni què és. Iu interromp, diu que no pot venir, "tinc una cursa", ens explica que fa de voluntari en curses, sembla una activitat proposada per la residència on viu, diu que hi serà tot el dia, desvia el tema i comença a donar tot tipus de detalls de la cursa i l'organització. Apareix el Toni, interromp la conversa, està nerviós, pregunta de què parlàvem, però el que vol és explicar quelcom ell, ràpidament es col·loca al centre. Es queda dret, nerviós, vol llegir el que ha escrit aquest dies sobre l'orgull. Comença a treure de les butxaques papers rebregats i els posa damunt de la taula, "he escrit un conte, una historia personal i idees sobre el que vaig pensant", està impacient per llegir-ho però també nerviós, proposem de gravar-ho per al programa de radio però ningú ho veu. El Toni vol primer llegir-ho sense micro. Abans de començar a llegir ja van apareixent temes de debat. El Lucas intervé bastant, el José també, el Nacho menys i l'Arlet al final. El Toni és el que més parla. L'Iu rep un missatge, "es del sabater, he de passar a buscar avui una motxilla que m'han arreglat". Malgrat que li dic que hi pot anar un altre dia, ja el veig que no hi ha res a fer, necessita marxar i anar a buscar la motxilla. S'acomiada i marxa. Abans de marxar li donem un cartell de l'orgull boig i preguntem si vindrà, diu que "ho parlarà amb el seu metge, a veure què li sembla". L'Iu és un exemple clarissim de persona institucionalitzada i de cronificació, que entra i surt de la residència però té integrat un sistema de control rígid, davant del qual a vegades s'hi oposa (sobretot quan no el deixen fumar), però sense qüestionar l'autoritat, ni la jerarquia, ni l'estructura[149].

**(Diari de camp, 2018).**

*Imatge 1. Manifestació Orgull Boig Barcelona (2018). Font: http://orgullboig.org/*

[149] Vegeu apartat sobre estigma rebut per recuperar la continuació del fragment del treball de camp descrit.

Per primer vegada a Barcelona, el 20 de maig de 2018 es va celebrar l'orgull boig[150], una manifestació reivindicativa i un seguit d'actes que pretenen denunciar, de manera col·lectiva, les vulneracions de drets que es produeixen dins el camp psiquiàtric[151] i les múltiples discriminacions que pateix el col·lectiu de persones amb trastorn mental. Una de les particularitats d'aquesta convocatòria, que ja fa anys que es celebra a d'altres parts del món (Canadà, EEUU, Brasil, etc.), és que convoca des de les entitats autoanomenades en *primera persona*, és a dir, formades per persones que han estat *psiquiatritzade*s i/o institucionalitzades, de manera més o menys parcial. La celebració de l'orgull boig es dona com a resultat d'un moment històric molt concret i particular, en el qual emergeixen (o es visibilitzen) entitats, col·lectius, moviments i plataformes polititzades conformades per *supervivents a la psiquiatria* o persones que han experimentat en primera persona patiment subjectiu, però sobretot que han transitat la xarxa de salut mental i que han rebut discriminacions i estigma per aquests dos motius (des d'*Activament* i *R*à*dio Nikoisa*[152] o la *Federeació Veus* a Catalunya, fins al moviment *Hearing Voices* a nivell internacional). Aquests moviments (*mad organising* en el món anglosaxó), que Rose (2018) conceptualitza com a "hidden activism" apareixen en un context d'*austericidi* de determinades conquestes històriques en forma d'estat del benestar, però sobretot es basen la centralitat de l'experiència (com havien fet els moviments feministes i *queer*) i per primera vegada, en un altre subjecte d'enunciació, que no és el professional (moviment antipsiquiàtric dels anys 60-70) ni el familiar (associacionisme de familiars de persones amb trastorn mental, que com a mínim a Catalunya es converteix en un actor central i amb certa capacitat d'incidència durant les darreres dècades). Aquesta vegada el subjecte d'enunciació és col·lectiu, però sobretot, es basa en l'experiència directa com a *pacient*, particularitat que es comença a estudiar per part dels *mad studies* (p. e. Correa-Urquiza, 2010; Rose, 2018) però que cal analitzar tenint en compte els seus antecedents històrics (Cambell i Roberts, 2009; Crossley, 2006). Com tot moviment social polític, no podem confondre la seva visibilitat amb la seva aparició. És per això que ens sembla tan interessant la proposta de Rose (2018) sobre

[150] Vegeu manifest a: http://orgullboig.org/2018-2/manifest2018/

[151] Vegeu "Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (Discapacidad Psicosocial)" presentat al United Nation Human Rights entre març i abril de 2019: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%-2fCRPD%2fCSS%2fESP%2f33880 i Lang=en

[152] Vegeu tesi Correa-Urquiza, M. (2010).

l'*activisme amagat*[153] per entendre que ja fa temps que existeixen experiències d'activistes *psiquiatritzats* i *psiquiatritzades* o supervivents a la psiquiatria, però la particularitat del moment històric actual és la seva organització i certa visibilitat.

A causa d'aquesta convocatòria, que apareix al club més com a preocupació de les professionals que no pas de les persones participants, durant els mes de maig tenen lloc diferents debats sobre la importància o no de manifestar-se i fer-ho sota aquest lema (Orgull i bogeria). Hem vist en l'apartat sobre *estigma rebut* com algun d'aquests debats va portar a la col·lectivització d'experiències d'*estigma rebut* per part de les diferents persones que participàvem de les activitats en aquell moment (assemblea, ràdio i un taller de pancartes que es va convocar el divendres previ a la manifestació) i a certa polititització de l'experiència viscuda, però també podem veure en la següent vinyeta, recollida durant el treball de camp, com l'estigma i els processos de cronificació se situen, sovint, com a barreres per a la polititització o col·lectivització d'aquestes experiències de malestar i patiment individualitzades:

> Raquel i jo acollim el que va sortint, me n'adono que som els únics que defensem la manifestació de l'orgull boig fent comparacions amb altres moviments històrics de lluita: feminismes, negres, col·lectiu LGTBI, etc.. Sorgeix un debat interessant, però la distribució de rols i posicions polítiques educadores/participants és si més no indicativa. Seguim amb el debat que dona molt de sí. Hi ha dues idees que apareixen molt: no estar orgullós del seu patiment i creure que el fet de parlar de bogeria estigmatitza encara més. Parlem de l'ús de les paraules, de les persones amb diagnòstic que han fet coses importants. El Toni és el que més integra en el seu discurs el que va sortint, especialment això del llenguatge. Sé que són les 19h, diem de seguir el proper dia amb això. Abans de marxar repartim cartells de l'"Orgull Boig" i quedem amb el Jose per diumenge, diu que vol venir, a vegades sento que ho viu com si fos una activitat més del club i no un acte polític. Lucas surt ràpidament i es posa a jugar a la consola amb els nois que estan fora de la sala jugant. El seu discurs has estat el més ambigu, i no estava gaire clar el seu posicionament, però durant la sessió dona a entendre que està d'acord amb les manifestacions, tot i que té dubtes amb el terme bogeria i parlar d'això/visibilitzar-ho per por de l'estigma rebut: món laboral, amistats, etc. Millor amagar-ho. **(Diari de camp, 2018).**

Les escasses dades obtingudes durant el treball de camp i la participació durant les manifestacions de l'orgull boig a Barcelona no són suficients per fer una anàlisi prou rigorosa de les possibilitats i limitacions que presenta la iniciativa en termes de col·lectivització

[153] Traducció pròpia.

del malestar i com a catalitzador de les reivindicacions d'un grup molt heterogeni –tot i compartir experiències d'opressió i discriminació (com hem vist en l'apartat de l'estigma rebut) tots els grups que comparteixen una estigma presenten històries personals i formes de viure'l difícils de sintetitzar–. El que està clar és que en ocasions l'estigma compartit possibilita l'articulació col·lectiva de reivindicacions i aporta positivament als processos de s/m(p)/c, però en d'altres moments també pot dificultar o limitar la possibilitat de polititzar la situació de subalternitat, dolor o patiment. I això té a veure amb la capacitat que tenen les mobilitzacions polítiques de fer permeable el moviment i generar propostes més o menys inclusives (un debat extrapolable a qualsevol moviment polític articulat a partir d'un posicionament contra la dominació i l'estigma). En aquest cas, aquest posicionament contrari o de qüestionament es vincula especialment, i segons les converses mantingudes amb persones del club, amb la idea d'*orgull*. En comparació amb la idea d'*orgull* , molt associada al moviment LGTB, que entranya una (re)apropiació del desig, de la identitat, de la pròpia sexualitat, etc., en aquest cas cal discutir si les experiències de patiment poden polititzar-se a partir d'aquesta mateixa dimensió. En la darrera escena es posa en qüestió també la segona part del lema: la bogeria. Segons alguns discursos, el fet de parlar de bogeria i d'estigma dificulta la seva participació social i formar part d'una "normalitat" anhelada, una tensió que ens remet a debats profunds en el si del moviment feminista, LGTB, antiracista etc., entre igualtat (i *igualitarisme)* i diferència. Apareixen també en el debat altres estratègies basades en l'ocultament per accedir a la "normalitat", i sobretot situen, com dèiem, l'estigma rebut i la cronificació com a elements desactivadors en termes polítics. Amb això no volem establir un judici de valor sobre quina és la millor resposta a l'estigma: l'orgull boig o la invisibilitat, perquè això seria com situar la responsabilitat de la discriminació en la persona que la rep. Més aviat, amb aquestes vinyetes creiem que podem situar dues estratègies necessàries i complementàries, que es conjuguen en un context discriminatori per intentar fer-lo habitable: visibilitat i ocultament.

No és objecte d'aquesta tesi analitzar els moviments socials entorn de la bogeria, però sí que ens interessava situar breument la manifestació de l'orgull boig com a cas paradigmàtic de les estratègies col·lectives davant l'estigma, no tant per analitzar el mateix moviment, sinó per enumerar els debats que això ha generat en termes de resposta a l'estigma dins del context estudiat.

## 8.5. | Per concloure

Aquest darrer capítol té com a objectiu posar en diàleg les investigacions prèvies sobre estigma en el camp psiquiàtric i les dades extretes del nostre treball de camp, sempre posant el focus en la relació bidireccional que existeix entre estigma i masculinitat. En aquest sentit, ens ha semblat útil situar la interseccionalitat com a punt de partida i com a proposta analítica que ens permet estudiar les articulacions entre diferents variables i eixos d'opressió-privilegi. Tot i això, cal matisar que no entenem la interseccionalitat com un encreuament constant de totes les variables, sinó també com una elecció conscient que permet focalitzar l'anàlisi, en aquest cas, en dues dimensions: gènere i patiment psíquic o experiències psiquiàtriques. Per fer aquest exercici hem estructurat el capítol en *dimensions* i *partícules* de l'estigma, una sistematització de la informació que ens sembla útil a nivell analític però que respon també a la voluntat d'exemplificar i concretar, a partir de vinyetes del treball de camp i les narratives, com s'expressa aquest estigma masculí en el camp de la salut mental i quines implicacions té en els processos de s/m(p)/c. Finalment, hem tancat el capítol amb l'anàlisi de les diferents estratègies de resistència i negociació davant d'aquest estigma i les seves conseqüències en els diferents àmbits. Això ens ha permès parlar principalment de la dimensió individual i col·lectiva i de la gestió de la informació com a element central de resposta a un estigma de base estructural.

Les dades aportades i l'anàlisi realitzada ens permeten obrir algunes preguntes que requereixen major investigació i també aportar informació per a l'estudi de la relació entre masculinitat i patiment mental, un binomi travessat per l'estigma i les formes de relacionar-s'hi. En aquest sentit apuntem a un procés de certa incompatibilitat entre masculinitat (o valors hegemònics de la masculinitat) i estigma psiquiàtric, la qual cosa reforçaria la hipòtesi principal d'aquesta investigació. D'aquesta manera podem entendre l'estigma psiquiàtric *masculinitzat* com un *visibilitzador* de la vulnerabilitat que nega o posa en dubte la possibilitat de ser home, o *fer* d'home en base al model hegemònic. Això dificulta l'*autoatenció* i la gestió de la situació de patiment psíquic de les persones socialitzades com a homes, però també té conseqüències per a l'entorn (dones, altres homes i altres identitats de gènere). En aquesta gestió del patiment masculinitzada incloem la dificultat per demanar ajuda, sol·licitar atenció mèdica o terapèutica, la dificultat de generar i sostenir una xarxa de suport, etc. Per tant, aquest darrer capítol aporta informació per entendre la relació

entre masculinitat i estigma, la qual estaria dificultant un abordatge del patiment mental de manera col·lectiva i integral, una informació que pot ser molt útil a l'hora de repensar tant el circuit d'atenció com les respostes col·lectives i comunitàries en front del patiment, el qual no es pot desvincular de l'anàlisi de gènere i de com gestionem la salut en termes socioculturals.

# 9 CONSIDERACIONS FINALS

L'escassetat d'estudis entorn de la masculinitat com a construcció s*exegenèrica* ha estat durant dècades indirectament proporcional als nivells d'androcentrisme a l'hora de generar coneixement i organitzar la vida social. Això ha estat especialment així en el camp de la salut i la salut mental, on la masculinitat i l'androcentrisme condicionen la formes de percebre, expressar, atendre i acompanyar la salut i la malaltia/patiment de manera evident (només cal veure l'impacte del gènere en la prevalença de determinades "patologies", els baixos nivells de demanda d'atenció per part dels homes, els problemes de salut derivats de la violència cap a d'altres persones o cap a un mateix, etc.), però això no es correspon amb un volum suficient d'estudis que analitzin aquesta realitat en clau de gènere i/o que tinguin com a objectiu buscar formes d'integrar aquestes anàlisis de la (o les) masculinitat(s) en les formes d'atenció i cura de la salut. Tot i algunes valuoses excepcions que hem anat esmentant durant el treball que tanquem amb aquest apartat, aquesta carència és especialment evident en el nostre context, en el qual els estudis i les iniciatives en aquest sentit brillen per la seva absència. I és que partim de la base que aquesta invisibilitat de la masculinitat *amb gènere*, o màscara de la universalitat (Robinson, 2000) **é**s funcional a l'estructura de poder, i que els coneguts com a *costos de la masculinitat* actuen com a preu a pagar per accedir als privilegis d'un sistema social en base a criteris de poder econòmic.

És per això que un dels principals objectius d'aquest estudi ha estat acostar, sintetitzar i ordenar una part important de la principal literatura científica (anglosaxona en major mesura, però també provinent de Llatinoamèrica i països del nord d'Europa, en menor mesura) que ha investigat sobre aquest àmbit. Per fer aquest exercici, hem plantejat durant els dos primers capítols i a través d'un estudi força exhaustiu i transdisciplinar, algunes de les referències teòriques més importants en aquest camp. Si es té en compte la carència de recopilacions en català/castellà sobre masculinitats i salut mental, ens sembla especialment pertinent plantejar un estat de la qüestió detallat per iniciar l'estudi. Hem començat analitzant les aportacions dels estudis sobre homes i masculinitats i els estudis de gènere (feministes, *queer* etc.) centrats en la masculinitat a nivell general, per després centrar-nos en aquells estudis que focalitzen la seva anàlisi en la salut, i concretament el patiment mental masculí. Per fer aquest exercici hem hagut de sortir del camp de les ciències socials, la qual cosa ha estat un exercici que ens ha obert la perspectiva, a la vegada que ens ha dificultat, en alguns moments, la concreció a causa de la diversitat terminològica entre disciplines.

En aquest context de producció escassa, però creixent, aquest estudi vol ser una modesta aportació a la comprensió de les relacions entre masculinitat, com a realitat *genèrica*, i el patiment mental. O dit d'altra manera, una contribució per entendre els processos de salut/malaltia(patiment)/cures segons les implicacions que hi té la construcció cultural de la masculinitat. Aquesta escassetat a la qual fem referència és encara major si parlem d'estudis que analitzin la relació entre masculinitat i salut des d'un punt de vista interseccional, i aquesta investigació ha permès també aportar elements en aquest sentit. Malgrat que, per manca de dades, hem hagut de deixar algunes dimensions fora de l'anàlisi, hem partit en tot moment de l'articulació entre opressions i privilegis (edat, gènere, nivell socioeconòmic etc.) per entendre els itineraris estudiats.

Tot seguit repassarem quines considerem que són les aportacions principals d'aquest estudi a partir de les dades obtingudes fins a dia d'avui. En segon lloc, enumerarem algunes limitacions que ens hem trobat i acabarem apuntant algunes possibles línies de recerca futures, sorgides de preguntes que s'han generat durant el procés d'investigació.

## 9.1. | Transaccions, masculinitats híbrides i pràctiques masculines

Una de les primeres constatacions que podem fer a partir de l'estudi realitzat és potser molt **ò**bvia, però no per això menys central: la masculinitat i els valors hegemònics que la conformen són dinàmics i es troben en procés de transformació. En el pla analític això ens evoca a estudiar els moviments que es plantegen en aquest sentit, apel·lant a la complexitat i evitant les construccions dicotòmiques (masculinitat hegemònica/ subalterna, etc.) i/o històricament lineals (masculinitat tradicional/nova, etc.). Aquests desplaçaments en funció del context poden donar-se en forma de transformació, però també en forma de replegament o de negació de les iniquitats que aquest sistema produeix. En altres paraules, una de les aportacions conceptuals fonamentals en aquest camp, la idea de *masculinitat hegemònica* (Connell, 1987, 1995), no l'hem d'entendre com una construcció estàtica que podríem substituir per masculinitat tradicional, sinó més aviat com un constructe que evoluciona (amb continuïtats i discontinuïtats) per establir relacions jeràrquiques: entre masculinitat i feminitat, entre homes i altres homes, entre homes i dones i entre homes i identitats no binàries. Per abordar aquesta qüestió, durant la investigació han estat fonamentals tres idees o conceptes que ens han servit per pensar sobre la realitat

estudiada. El primer és la idea de *masculinitat híbrida* (Bridges i Pascoe, 2014), la qual fa referència a la selectiva incorporació d'elements de la identitat típicament associada a les masculinitats marginades i subordinades generant una espècie de *tercer espai* (Bhabha, 1990) on les masculinitats es construeixen amb certa capacitat de maniobra, adaptació al context proper i certa absorció (sense que aquesta sigui problemàtica ni suposi *per se* una pèrdua de privilegis) d'elements aparentment associats a masculinitats no hegemòniques. En aquesta sentit, l'aplicació al camp de l'estudi de les masculinitats de la idea de *transacció* de Menéndez (1984, 2018), un dels referents de l'antropologia mèdica (de la qual beu de manera fonamental aquest treball), ha estat clau per entendre com es construeixen les relacions d'hegemonia i subalternitat en contextos que en si mateixos estan travessats per la subordinació, en aquest cas derivada del processos de *psiquiatrització*. O dit d'altra manera, que es troben en el llindar o la perifèria d'una *masculinitat expulsiva*. Aquesta idea d'*hibirdació/transacció* com a procés que genera masculinitats *mosaic* (Coles, 2009) ha estat central per entendre com les identitats i pràctiques masculines es conformen i interactuen entre elles en contextos travessats pel patiment mental i el diagnòstic, produint així relacions verticals o d'hegemonia-subalternitat internes, però també horitzontals i de cures en algunes ocasions. En tercer lloc, si tornem a la idea inicial de la invisibilitat masculina, en termes de gènere i a partir la colonització de la neutralitat i el saber, podem entendre la impossibilitat d'estudiar la masculinitat o la relació entre masculinitat i salut exclusivament com a discurs. És per això que cal entendre la masculinitat, i és el que s'ha pretès en aquest estudi, com a conjunt de pràctiques quotidianes i performatives que hem aglutinat a partir de la idea del *fent gènere (doing gender)* o de *fer gènere* (West i Zimmerman, 1987, 2009). L'etnografia i la metodologia emprada ha estat regida per aquesta manera d'entendre l'estudi de la interacció entre gènere i salut, i de fet s'han conceptualitzat *fer salut* com a forma de *fer gènere*. En altres paraules, les maneres de relacionar-se amb la salut pròpia i aliena (re)produeix o bé desafia la masculinitat hegemònica. En aquest sentit, hem necessitat fer *antropologia de proximitat* (si és que n'hi pot haver d'altra), i això s'ha traduït en moltes hores (anys) d'observació participant en relació a les hores d'entrevista i en una anàlisi molt minuciósa de la quotidianitat, la qual ens ha permès identificar més pràctiques que discursos, o com a mínim, la triangulació entre ambdues dimensions. Aquesta proximitat només es va poder aconseguir a través del vincle personal i difuminant la figura de l'antropòleg en la de l'educador, amb les contradiccions ètiques que això suposa i que hem analitzat.

Aquests tres conceptes han representat, al llarg de l'etnografia, la confluència entre dues disciplines teòriques sense les quals no es podria entendre aquesta investigació ni la trajectòria de la persona que aquí escriu: els estudis de gènere, centrant-nos en aquells sobre masculinitat, i l'antropologia mèdica, com a paradigma que permet un acostament al patiment mental basat en la seva dimensió col·lectiva i sociocultural. Tots els capítols de la tesi han quedat travessats per aquest triangle entre *fer gènere*, *transacció* i *masculinitats híbrides,* però ha estat especialment en els capítols 5 i 7 on més s'ha abordat aquesta relació. El capítol basat en les *cinc coses que em defineixen com a noi* ens ha permès, d'alguna manera, fer operativa la idea de masculinitat i de masculinitat hegemònica a partir de situar-la en un context geogràfic i històric concret i en el moment vital de l'adolescència. Gràcies al recull de dades realitzat (respostes dels estudiants) i analitzat, hem pogut constatar certa *hibridació* del model masculinitat i certes *transaccion*s entre masculinitat hegemònica i masculinitats subalternes que permeten o són resultat d'una diversificació del que vol dir *ser home* actualment. En aquesta construcció de gènere o del model de masculinitat, les pràctiques de gènere que es consideren masculines són molt àmplies i diverses, tot i que segueixen existint atributs i pràctiques masculines més reconegudes com a tals i d'altres considerades clarament no masculines. El que és evident és que la diversificació o *hibridació* de la masculinitat és conseqüència d'un imaginari que ha canviat, com a conseqüència de la transversalització del feminisme des darrers anys, i això impossibilita la construcció d'una identitat de gènere només en base a estereotips masculins, la qual cosa provoca certes modificacions adaptatives i discursives. És aquí on l'anàlisi de les dades confirma una centralitat incontestable del cos, la biologia (especialment a partir de la genitalitat) i en menor mesura, la dimensió estètica en la construcció de la masculinitat hegemònica o dels elements que et *fan home*. Són per tant aquestes instàncies que donen intel·ligibilitat a la identitat masculina i coherència a la identitat de gènere. En definitiva, s'estarien produint canvis rellevants en la manera d'entendre i viure la masculinitat, però sense abandonar alguns elements centrals de la seva construcció identitària, els quals es poden analitzar com a formes de continuïtat, o *nucli dur*, dins de les formes de masculinitat hegemònica.

## 9.2. | Impacte del patiment mental sobre la masculinitat

A partir d'aquí, la tesi i la investigació han aportat elements per pensar la relació entre masculinitat i patiment mental en dues direccions. D'una banda, com impacten els itineraris de *psquiatrització* (patiment, crisi, diagnòstic, medicació, tractaments, discapacitat administrativa, etc.) en la construcció de la masculinitat. I viceversa, com impacta la masculinitat en els processos de s/m(p)/c i com condiciona les formes de viure, expressar i atendre el patiment aquesta construcció *sexegenèrica* i les seves conseqüències materials. Comencem per la primera.

Un cop estudiats els valors hegemònics de la masculinitat a partir de la literatura analitzada i les dades del capítol 5, constatem que molts d'ells esdevenen inaccessibles per a les persones que han participat de l'estudi i pels *homes psiquiatritzats* en general. Segons aquest estudi, la masculinitat que pateix és una masculinitat que fa evident la vulnerabilitat i que per tant fracassa en termes hegemònics. Com hem vist en els dos relats de vida, quan els itineraris es veuen travessats o truncats pel patiment mental i la seva *psiquiatrització* s'interrompen molts altres processos, entre d'ells el de masculinització, empenyent aquestes masculinitats a la perifèria i a la condició de masculinitat liminar. Això, com hem estudiat en els capítols 6 i 7, es pot expressar amb l'expulsió del mercat laboral, la impossibilitat d'autonomia i estoïcisme o l'exclusió d'un model de sexoafectivitat normatiu, per posar alguns exemples. Per tant, la masculinitat hegemònica (en procés d'hibridació però amb jerarquies internes clares) esdevé *(in)habitable* per als nois psiquiatritzats, com ho és per la majoria d'homes de manera més o menys evident. Però aquesta masculinitat que fracassa, o que és expulsada, no reacciona en la majoria dels casos qüestionant el model o denunciant-ne les conseqüències, sinó que més aviat intenta buscar formes *habitables* de la perifèria que, tot i la seva precarietat, poden reproduir atributs hegemònics de la masculinitat com ara la violència i el maltractament cap d'altres nois com a forma d'estratificació masculina. Fins i tot veiem que la masculinitat actua de forma compensatòria, recuperant espais de poder o de superioritat perduts en aquells espais on això és possible. Els espais on s'ha desenvolupat gran part d'aquesta tesi (activitats esportives i educatives dins d'un club social i un hospital de dia per adolescents) són contextos privilegiats per aquests *actes de compensació masculins* (Hearn, 1998; Schrock i Schwalbe, 2009).

Però aquesta anàlisi, que pot semblar pessimista, immobilista i poc facilitadora de transformacions, seria incompleta sense una segona dimensió, que ha aparegut en aquesta investigació i que té a veure amb les possibilitats que s'obririen com a conseqüència d'aquesta *(in)habitabilitat* de la masculinitat, aplicable a d'altres camps, però de manera especial al camp de la salut mental. Aquestes possibilitats tenen a veure amb les possibilitats de redefinició de la relació vulnerabilitat-masculinitat o vida-masculinitat, un punt de fuga que s'obre en espais com l'etnografiat i que, amb un acompanyament suficient, podrien tenir efectes molt positius en termes de salut (no només dels homes, sinó també del seu entorn). El que volem dir en definitiva és que aquest estudi apunta una idea que és fonamental, i és que l'expulsió del privilegi masculí, o de gran part d'aquest privilegi, pot esdevenir un acte compensatori per restituir la masculinitat perduda (després de rebre violència per part dels iguals, de la família o violència institucional), o bé podria ser un espai idoni per a la reconciliació amb la vulnerabilitat, entesa aquesta com l'acte de posar la vida al centre, un procés que només es pot fer de manera col·lectiva i a partir també del reconeixement de la vulnerabilitat de l'altre/a com a no problemàtica. Es tracta d'una espècie de procés d'*agència* que inverteix els termes de l'agència tradicional associada a una masculinitat *resilient* (i subalterna), que s'endureix, s'entrena, *combat* i s'enforteix, com diuen els nostres informants, per recuperar-se i generar així altres processos de recuperació possibles que tinguin més a veure amb aquest procés de reconeixement de la vulnerabilitat i la interdependència, i no com a autosuperació individual. En altres paraules, obrir espais de possibilitat que permetin deixar d'entendre la recuperació o gestió del patiment masculí (o masculinitzat) com a reproducció del *rendiment* i del *do it yourself*.

D'altra banda, en l'anàlisi de com impacten els itineraris de s/m(p)/c en la masculinitat és fonamental entendre el paper de l'estigma psiquiàtric en clau de gènere. En termes socials i antropològics, i segons la literatura existent, aquest estigma condiciona i limita els processos de recuperació de manera molt evident sigui quina sigui la identitat de gènere. Però tal i com hem estudiat i hem desenvolupat en el capítol 8, l'estigma es viu diferentment o es comporta diferentment en persones socialitzades com a homes i en funció de la tipologia o forma d'expressió del patiment mental. Bàsicament, l'estigma masculí associat al camp psiquiàtric i a la joventut es construeix a partir de dues idees. En primer lloc hi trobem la idea de *raresa,* la qual situa la diversitat com a problema i com a impediment per a formar part del grup d'"iguals". Les diferents partícules de l'estigma (medicació, diagnòstic...) es situen així com a visibilitzadores d'aquesta raresa (anormalitat), produint adolescències

*confinades, perdudes o aïllades socialment*. Com diu l'Elías "no he tenido una adolescencia". Aquesta raresa també esdevé vehicle o pretext de la violència rebuda per part dels "iguals". En segon lloc, l'estigma psiquiàtric, en el cas masculí, s'articula amb el gènere i pot penalitzar tant l'excés de masculinitat com la manca de masculinitat. L'*excés* el trobem en l'associació entre masculinitat, joventut i perillositat (associada a la imprevisibilitat). La *masculinitat defectuosa* o insuficient, que segons el nostre estudi és la que més condiciona la demanda d'atenció i ajuda de les persones socialitzades en masculí, és una conseqüència del patiment mental i l'expressió d'una vulnerabilitat *negativitzada*. És a aquí on l'estigma fa (in)habitable la masculinitat i la posa en qüestió, generant conseqüències ja esmentades i molt alarmants en termes d'accés als afectes, les cures i l'atenció professional, més necessàries encara en moments d'aflicció. Per tant, l'estigma psiquiàtric manté una relació circular amb la no-masculinitat, relació que afegeix als efectes de per si nocius de l'estigma, profundament estudiats com hem vist, el pes associat al *no sóc home,* que diu el Toni, o a ser *menys home*. Caldria un estudi més en profunditat i/o amb més població en el nostre camp per confirmar aquesta relació, especialment transcendent en el moment jove/adolescent, però creiem que aquest estudi ha aportat algunes idees, a partir de les quals cal continuar aprofundint, per entendre els processos de masculinització d'aquest estigma.

## 9.3. | Impacte de la masculinitat sobre les formes de patiment mental

D'altra banda, aquest estudi ens ha permès aportar elements per analitzar la relació entre gènere i les formes de viure, expressar i atendre el patiment subjectiu o les problemàtiques de salut mental en joves i adolescents. El capítol quart (basat en els resultats obtinguts a partir de l'enquesta FRESC), tot i basar-se en dades d'una naturalesa diversa i plantejades en una lògica diferent de la resta de l'etnografia, aporta resultats interessants per comprendre com el gènere condiciona la salut mental en un sentit més superficial (respecte a la resta de l'etnografia), però també més ampli en termes de població (3888 adolescents). De manera clara, com hem vist, la variable que l'informe FRESC anomena "sexe" és de les més explicatives a l'hora d'entendre la variabilitat pel que fa als nivells o graus de patiment expressat o reconegut (més alt en persones amb "sexe" femení o que s'identifiquen com a dones) i les formes d'expressar-lo. Això es dona especialment en el cas de la probabilitat de patir problemes de tipus emocional, també pel que fa les conductes prosocials (factor

de protecció), on apareixen resultats clarament més alts en noies, però també, de manera més moderada en el cas de les probabilitats de patir problemes de conducta, més alt en persones amb "sexe" masculí. Això fa evident l'impacte de gènere en la salut mental de joves i adolescents, però també evidencia la necessitat de buscar altres maneres d'estudiar el gènere de manera complexa, sense reduir-ho a una sola pregunta plantejada de manera binària i poc apta per recollir els matisos que poden ser determinants en termes de salut (expressió de gènere, adherència o no al model hegemònic, etc.). És en aquest sentit que, en la segona part del capítol, hem intentat argumentar, de manera incipient per la manca de dades, la necessitat de construir indicadors que permetin recollir el grau d'adherència a les formes d'expressar el gènere hegemòniques. Durant aquesta segona part hem problematitzat la variable sexe, per això les cometes, per fer evident la necessitat de buscar altres mecanismes o eines per estudiar la dimensió de gènere en la seva complexitat i en relació amb la salut. En aquest sentit, la resta de l'etnografia ens permet tenir accés a dades relatives a una població molt més petita i només de persones amb una identitat de gènere masculina, però que presenten informació molt més concreta pel que fa al gènere, la vivència de la masculinitat i els itineraris psiquiàtrics o associats al patiment mental.

Com s'ha explicat a partir de la idea de les *estratègies de masculinització* (De Martino-Bermúdez, 2013) i al capítol setè, l'aprenentatge de la masculinitat durant l'adolescència-joventut (que s'inicia durant la primera infància) presenta unes conseqüències directes en la pròpia vivència de l'aflicció i la vulnerabilitat, que es fa especialment evident, com dèiem, quan no pot ser més amagada o no pot negar-se més. Els casos de nois joves amb històries de vida amb patiment mental *excessiu* (Talarn *et al.,* 2014) són especialment il·lustratius en aquest sentit, i es visibilitzen en relats com els que podem trobar al capítol sisè, on el malestar es manifesta de manera especialment emfàtica i en els quals la masculinitat actua de tamís cultural d'aquest patiment. És a dir, la vivència de la masculinitat determina la relació amb l'aflicció, però també les seves causes i les formes d'*autoatendre'l*. Les narratives dels nois i dels/les professionals, així com els relats de vida i l'observació participant presentats, desenvolupen la manera com actuen aquestes idees de la masculinitat sobre les formes de patir i cuidar (o cuidar-se), però no plantegen una relació causal tancada, sinó més aviat un marc interpretatiu comú des del qual cal llegir la diversitat d'experiències. I per analitzar aquesta diversitat d'experiències cal incorporar l'agència individual i col·lectiva respecte als mandats de gènere.

Les vivències grupals i individuals analitzades (que podem trobar entre els capítols 6 i 8) situen al centre de l'anàlisi aquells sabers *experiencials* (també dits *llecs o profans*) i això és una de les conseqüències de la trajectòria política recent dins el camp de la salut mental col·lectiva, organitzada per qüestionar el *monòleg expert* respecte al patiment psíquic i amb l'objectiu de generar formes de coneixement i atenció a la salut mental dialògiques. Les narratives professionals analitzades complementen aquest *sabers profans* amb aquesta voluntat de generar un diàleg horitzontal a partir del qual el circuit es pugui acabar adaptant a les necessitats i drets de les persones ateses. D'altra banda, l'etnografia presentada en base a les experiències observades i escoltades ha volgut ser un exercici de concreció, aterratge, i fins i tot *corporalització*, d'algunes de les conclusions de caire més generalista extretes dels estudis referenciats durant la investigació, amb l'objectiu de confirmar (però també matisar) algunes de les tendències *masculines* estudiades: menys demanda d'ajuda, menys possibilitats d'establir xarxes de suport i afectes, negació del patiment, més tendència al suïcidi efectiu, externalització del patiment a partir de la violències i el consum, etc.

Aquesta tesi per tant, s'ha centrat en com els itineraris psiquiàtrics en persones socialitzades com a homes durant la joventut van associats a determinats moviments expulsius o centrífugs pel que fa el mercat de treball, la masculinitat normativa (o valors de la masculinitat hegemònica), i la ciutadania en definitiva (àmbits interrelacionats entre si i que per tant presenten formes d'articulació en les seves formes exclusió). Però sobretot s'han analitzat les conseqüències en termes de salut d'aquestes interaccions. El fet d'haver pogut mostrar l'impacte de la masculinitat sobre la salut mental justificaria la necessitat de seguir estudiant aquesta relació, amb l'objectiu d'integrar o fer servir els resultats d'aquest estudi, com d'altres esmentats, en les formes d'organitzar l'atenció, pensada en termes comunitaris, dels nois joves que presentin aquesta necessitat.

## 9.4. | Per una antropologia de les masculinitats vulnerables en contextos comunitaris

Quan parlàvem de la filosofia que ha guiat aquesta investigació monogràfica recuperàvem les idees de Melich (2008) i anunciàvem el *distanciament antropològic* i la *incompleció pedagògica* com dos dels elements que han estat clau en aquest procés de 5 anys de tesi, però que en realitat ve de molt abans. Es tracta d'un recorregut que cal entendre en aquest trànsit constant entre antropologia i pedagogia, i que va més enllà del propòsit

analític d'aquest treball. Durant aquest temps de treball amb nois joves en diferents àmbits (escolar, comunitari, xarxa de salut mental i penitenciari) el meu aprenentatge, que espero que serveixi per dialogar amb altres, s'ha basat en aquesta necessitat de distanciar-me del quotidià educatiu i del dia a dia de la intervenció social a través de l'antropologia, d'una banda, i a tornar a la pedagogia per recuperar aquesta idea d'incompleció permanent com a motor tant de la meva feina com de l'estudi antropològic presentat, de l'altra.

La proximitat i la continuïtat que permet el treball educatiu en un context comunitari ha estat una de les eines principals que ha permès fer una etnografia poc invasiva i basada en el vincle. Cap entrevista, excepte aquelles fetes amb les i els professionals, s'ha fet sense aquest pas previ, i això ha permès establir un context de confiança, element sense el qual es fa difícil analitzar la masculinitat com a conjunt de pràctiques i més enllà d'un discurs que, en l'estudi de les masculinitats especialment no es correspon amb la pràctica quotidiana. Amb això no estem dient que la gent menteixi, o que ho faci deliberadament, que també passa sovint, sinó que més aviat té a veure amb la necessitat de plantejar els estudis de gènere i especialment els *men's studies* com un àmbit que necessita de la pràctica per entendre què hi ha darrere d'allò naturalitzat o tractat com a neutral, un acostament que també ha estat molt útil a l'hora de reconstruir o recollir informació sobre les experiències en relació a la xarxa de salut mental i el patiment.

En aquest procés pendular entre la proximitat i certa distància, l'accés a diferents tipus de dades ha dificultat la comparativa, com ara veurem, però ha permès triangular dades provinents de professionals, de joves entrevistats, d'adolescents enquestats i de realitat observada per un subjecte, jo mateix, ple d'idees preconcebudes. Algunes s'han anat desmuntant t durant el procés, i d'altres s'han anat solidificant a partir de la seva reiteració en diferents contextos i moments de l'etnografia.

Amb tot plegat, com dèiem a l'inici, ens agradaria que aquest treball etnogràfic sortís del camp de l'antropologia mèdica i els estudis de gènere, sense abandonar-los, per impregnar o impregnar-se d'altres estudis i realitats també travessades per la masculinitat i la salut mental. I és que aquest estudi, i tots els estudis que recull, pretenen ser útils a la comprensió d'un fenomen: *com pateixen i com emmalalteixen els homes i quins efectes té aquesta manera de fer-ho en termes comunitaris.* Però també vol ser útil en un sentit pràctic, és a dir, per replantejar l'atenció i l'acompanyament a homes joves des del camp educatiu i de la salut. En

altres paraules, entendre els mecanismes de reproducció de la masculinitat hegemònica i/o del domini masculí pot permetre pensar noves maneres de convertir la *masculinitat fracassada* en una oportunitat per repensar les formes com ens relacionem amb la vulnerabilitat, entesa, ara més que mai, com a eix central de la vida en comú i de la salut col·lectiva.

## 9.5. | Limitacions i futures línies de recerca

Una de les limitacions principals d'aquest estudi és la diversitat de dades analitzades, especialment si tenim en compte com aquestes dades han estat produïdes, i les característiques de cada mostra o grup d'informants. Les tècniques utilitzades per recollir-les, les edats i el context (escoles d'una banda, dispositius de la xarxa de salut mental de l'altra) principalment, han dificultat la comparativa entre elles. Això s'ha fet especialment evident en el cas de les dades FRESC i les dades del capítol *cinc coses que em defineixen com a noi*, a les quals, en el primer cas, s'ha tingut accés una vegada recollides i en cap dels dos casos se n'ha dissenyat la recollida en base als objectius de la investigació. Més aviat es tracta de dades obtingudes per a altres propòsits que excedeixen la present investigació i que responen a una oportunitat que es va presentar de manera no buscada. Això va permetre accedir a una informació molt interessant a la qual, tenint en compte la manca de finançament per a la realització d'aquesta investigació i el volum de la mostra, no s'hauria pogut tenir accés de cap altra manera, i ha permès un diàleg interessant amb la resta de dades obtingudes a partir de l'etnografia. Tanmateix, aquestes circumstàncies han comportat alguns problemes metodològics i de desenvolupament de l'estudi. Entre d'altres coses, han fet que s'hagi hagut de treballar amb dades recollides a partir d'una conceptualització de les variables problemàtica, al nostre entendre. La covariable "sexe" és l'exemple més evident en aquest sentit, la qual cosa ens ha servit per reflexionar sobre aquesta problemàtica. De cara a futures investigacions, si es disposa de més mitjans, fora bo tenir més capacitat de disseny de la recollida de dades perquè tinguin en compte els objectius de la investigació i les preguntes de recerca de manera més integral.

En el cas de la resta de dades obtingudes a partir de l'etnografia realitzada, han aparegut altres dificultats que val la pena tenir en compte. La primera té a veure amb una transformació

progressiva de l'objecte d'estudi i del centre de la investigació, el qual primer es va centrar en l'estigma i a poc a poc es va anar modificant per traslladar-se a la relació entre patiment mental i masculinitat, d'on penjava un estigma relacionat amb la dimensió de gènere però que quedava en segon terme. Això ha fet que les primeres entrevistes, observacions i un dels grups focals estiguessin més centrats en l'estigma que en la dimensió de gènere. Si no s'haguessin produït aquests canvis, la recollida de dades hauria estat més organitzada, homogènia i focalitzada. Això suposa una dificultat que, com hem explicat, té a veure també amb la llarga durada de la investigació, en anys, en hores i en la compatibilització d'un rol d'investigador amb un rol d'educador, però també amb una forma de plantejar la investigació, si es vol, inductiva, en el sentit que s'han anat construint les hipòtesis de treball a partir del mateix procés de recerca i de contacte amb el camp. Finalment, la manca de mitjans econòmics per a la realització de la investigació ha fet que el volum d'entrevistes fos menor que el desitjat, cosa que ha reduït la representativitat de la mostra pel que fa a la part etnogràfica.

Aquestes absències poden esdevenir noves línies d'investigació o la consolidació d'una investigació més ben dissenyada i planificada entorn de la relació entre masculinitats i patiment mental, un tema tan inexplorat en el nostre context, també des de les ciències socials, com necessari per l'impacte que té aquesta relació en el sector salut. Creiem que aquesta investigació obre la porta a la realització d'estudis amb major sistematització i de més abast pel que fa l'estudi de les masculinitats des d'una mirada complexa i atenent tots els avenços en aquest àmbit gràcies als estudis feministes, de gènere i *men's studies*. I, sobretot, a l'aplicació de noves formes de conceptualitzar el gènere aplicades al camp de la salut i la salut mental. Però també perquè aquestes tinguin en compte les aportacions de l'antropologia mèdica a la conceptualització de l'aflicció de tipus mental o psíquica en termes, sobretot, de recuperació de la dimensió sociocultural del patiment i del saber experiencial que s'hi relaciona. La creació o utilització d'eines que permetin mesurar el grau d'adherència al gènere (i a la masculinitat normativa) com l'Index d'Adherència al gènere (IAG) proposat, aplicat al camp de la salut pot ser una de les idees més prometedores en aquest sentit, per veure com incideix la forma de viure la masculinitat (i la feminitat) individual i social en les formes d'entendre, atendre i cuidar la salut.

Per altra banda, durant el procés, i això té a veure amb la manca de recursos que esmentàvem, hem trobat a faltar la possibilitat d'estudiar amb més èmfasi la diversitat de formes de ser

home o de viure la masculinitat en relació a la salut mental. La poca diversitat de classe, origen, preferència sexual, etc. del grup d'informats a la qual hem tingut accés ha fet que sigui necessari pensar investigacions futures amb la voluntat de diversificar el perfil en aquest sentit i que no es basin, com en el nostre cas, en l'accés disponible a les persones que han participat de l'etnografia, poc representatiu de la diversitat existent. Entre d'altres coses, estudiar les masculinitats *trans*, *racialitzades*, etc. pot aportar elements molt interessants, que ara només intuïm, en la manera de concebre les relacions entre masculinitat i salut.

Per últim, aquest estudi aposta per la creació, implementació i avaluació de programes educatius, processos comunitaris o formes d'atendre el patiment mental *excessiu* tenint en compte la construcció de la masculinitat des d'una perspectiva feminista. És a dir, per trobar formes d'investigació-acció que permetin posar a prova i/o analitzar noves formes d'atendre i entendre la salut masculina que passin per un replantejament global de la nostra relació amb la vulnerabilitat i les cures. En aquest sentit, aquest text pretén ser una aportació modesta a una transformació estructural necessària en termes de justícia social, la qual cal que sigui investigada, documentada i reflexionada des de l'antropologia de la salut.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran

# BIBLIOGRAFIA

## A

Aalto-Setälä, T., Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., i Lönnqvist, J. (2002) Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*, 2, 121–25.

Abril, P. (2013). Els homes i la igualtat de gènere: canvis en el treball, la família i la cura. En M. Freixenet (Coord.), *Homes i gènere: Polítiques públiques locals i transformació de les masculinitats* (pp. 55-82). Barcelona: Institut de Ciències Polítique i socials.

Abril, P. (2015). *Los hombres entre la esfera productiva y reproductiva : padres comprometidos durante la crisis económica en España (2011-2013)* (Tesi doctoral). Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.

Abril, P. (2018). Configuración y (re)significación de las masculinidades y paternidadesen hombres comprometidos con los cuidados de sus hijos/as en España. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, 34*, 87-106.

ActicaMent Catalunya Associació. (2019). Informe Alternativo del Reino de España para la 21ª Sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad específico sobre el Colectivo en Primera Persona; personas ex-usuarias, usuarias y supervivientes de la psiquiatría (Discapacidad Psicosocial). Recuperat el 15 de gener de 2020 de: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCSS%2fESP%2f33880iLang=en

Addis, M. E. (2011). *Invisible Men. Men's inner lives and the consequences of silence*. Times Books.

Addis, M. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice 15*, 153–168.

Addis, M. E. i Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist, 58*, 5-14.

Affleck, W., Carmichael, V., i Whitley, R. (2018). Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services. *Canadian Journal of Psychiatry, 63*(9), 581-589.

Agamben, G. (2006). *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.

Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). (2016). La salut i els seus determinants en l'alumnat

adolescent de Barcelona Enquesta de Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESC 2016). Recuperat el 17 de juliol 2019 de: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/05/salut-i-els-seus-determinants-en-alumnat-adolescent-Barcelona-FRESC-2016.pdf

Ahonen, E. Q., Nebot, M., i Giménez, E. (2007). Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students in Barcelona (Spain). *Gaceta Sanitaria, 21*(1), 43–52.

Ajuntament de Barcelona. (2013). Distribució territorial de la Renda Familiar Disponible per càpita a Barcelona el 2013. Recuperat el 19 de setembre 2019 de http://ajuntament.barcelona.cat/barcelonaeconomia/sites/default/files/RFD

Alcoff, L. (1992). The problem of speaking for Others. *Cultural Critique, 20*, 5-32.

Aleman, A., Kahn, R.S., i Selten, J.P. (2003) Sex differences in the risk of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatrym, 60*(6), 565-71.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Steven, J., Haro, J. M., Haro, G. , de Girolamo, R. de Graaf, K., Demyttenaere,G., Vilagut, J., Almansa, J., Lépine, P., i Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 299–306.

Alpaslan, A. H., Kocak, U., i Avci, K. (2016). Gender-Related Factors for Depressive Symptoms in Turkish Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 29*(1), 23–29.

Altamura, A.C., Bassetti,R., Bignotti, S., Pioli, R., i Mundo, E. (2003). Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res, 60*, 47-55.

Amin, A., Kågesten, A., Adebayo, E., i Chandra-Mouli, V. (2018). Addressing Gender Socialization and Masculinity Norms Among Adolescent Boys: Policy and Programmatic Implications. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 62*(3S), S3–S5.

Anderson, E. (2005). In the game: Gay athletes and the cult of masculinity. New York: SUNY Press.

Anderson, E. (2008). Inclusive masculinity in a fraternal setting. *Men and Masculinities, 10*,604–620.

Anderson, E. (2009). *Inclusive masculinity: The changing nature of masculinities*. London: Routledge.

Anderson, E. (2011). Updating the outcome: Gay athletes, straight teams, and coming out in educationally based sports teams. *Gender i Society, 25*, 250–268.

Anderson, E., i McGuire, R. (2010). Inclusive masculinity theory and the gendered politics of men's rugby. *Journal of Gender Studies, 19*, 249–261.

Andrews, G., Issakidis, C., i Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry, 179*, 417-425.

Angold, A., Costello, E.J., i Worthman, C.M. (1998) Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine, 28*, 1, 51-61.

Angold, A., i Rutter, M. (1992). The effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology, 4,* 5-28.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., i Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Depression Research in European Society Study, 5*, 201-209.

Annandale, E. i Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. Sociology of Health and Illness 18 (1), 17-44.

Arber, S. i Thomas, H. (2001). From women's health to a gender analysis of health. In W.C. Cockerham (Ed.), *The Blackwell companion to medical sociology* (pp. 94–113). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Arenas, M. L., i Greif, G. L. (2000). Issues of fatherhood and recovery for VA substance abuse patients. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*, 339-341

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I.(2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health, 94(1): 82-88.

Arxer, S. (2011). Hybrid Masculine Power. *Humanity i Society,35*(4). 390–422.

Altman, D. (1972). *Homosexual: Oppression and liberation*. Sydney, Australia: Angus and Robertson.

Amorós, C. (1990). Violencia contra las mujeres y pactis patriarcales. En Maqueira y Sánchez (Comp.), *Violencia y sociedad patriarcal (1-15).* Madrid: Editorial Pablo Iglesias.

Aspiazu, J. (2017). *Masculinidades y feminismo*. Barcelona: Virus.

Assusa, G. (2019). Ni jóvenes, ni desempleados, ni peligrosos, ni novedosos. Una crítica sociológica del concepto de "jóvenes nini" en torno los casos de España, México y Argentina. *Cuad. relac. labor. 37*(1), 91-111.

Auerbach, R., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P.,Demyttenaere, K., Ebert,D.D.,Greif, J., Hasking,P., Murray,E., Nock, M.K., Pinder-Amaker,S., Sampson,N.A., Stein, D.J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., Kessler, R. (2018). Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders*. Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623–638.

Auge, M. (1992). *Los "no lugares". Espacios del anonimato. Una antropología de la sobrenormalidad*. Barcelona: Gedisa.

**B**

Baca Zinn, M. 1982. Chicano men and masculinity. *Journal of Ethnic Studies 10*(2): 29-44.

Bacete, R. (2017). *Nuevos hombres buenos: la masculinidad en la era del feminismo*. Barcelona: Editorial Península.

Bakker, F. C., Sandfort, T. G. M., Vanwasenbeeck, I., van Lindert, H., i Westert, G. P. (2006). Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey*. Social Science i Medicine, 63,* 2022-2030.

Balkmar, D. (2018). Violent mobilities: men, masculinities and road conflicts in Sweden. *Mobilities, 13*(5), 717-732.

Barber, K. (2008). The Well-Coiffed Man. *Gender i Society 22*(4): 455-76.

Barker, G., Contreras, J.M., Heilman, B., Singh,A.K.,Verma, R.K., i Nascimento, M. (2011). Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW) and Rio de Janeiro: Instituto Promundo.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., i Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. Australian i New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 51–54.

Badinter, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Barcelona: Alianza

Baigorri, A. (1995). *El hombre perplejo: Adaptación y cambio de actitudes de los hombres, ante el ascenso social de las mujeres*. Extremadura: Consejería de Cultura y Patrimonio. Dirección general de la mujer.

Ballester,R., Legaz, E., Salmerón, P., i Gil, D.(2012). Alteraciones del comportamiento. Prevalencia en las en las consultas de pediatría de atención primaria. Comunidad valenciana, 2009. *Rev Esp Salud Pública, 86*, 199-210.

Barbato A. (2000). Consequences of schizophrenia: A public health perspective. WAPR Bulletin, 21, 6-7.

Barker, G., Ricardo, C.,i Nascimento, M. (2007). *Engaging men and boys in changing gender- based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Recuperat el 12 de juliol de 2019, de http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf

Barrett, F. J. 1996. The organizational construction of hegemonic masculinity: The case of the U.S. Navy. *Gender, Work and Organization 3*(3): 129-42.

Barriuso-Lapresa, L. M., Hernando-Arizaleta, L., i Rajmil, L. (2014). Valores de referencia de la versión para padres del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en población española, 2006. *Actas Españolas de Psiquiatria, 42(*2), 43–48.

Barton, K. (2019). MuMIn: Multi-Model Inference. R package version 1.43.6.

Bates,D., Maechler,M., Bolker,B., i Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software, 67*(1), 1-48.

Beauchamp, G., Gagnon, A. (2004) Influence of diagnostic classification on gender ratio in schizophrenia. A meta-analysis of youths hospitalized for psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39*, 1017–22.

Beaseley, Ch. (2008). Rethinking Hegemonic Masculinity in a Globalizing World. *Men and Masculinities, 11*(1), 86-103.

Beasley, C. (2012). Problematizing contemporary men/masculinities theorizing: The contribu- tion of Raewyn Connell and conceptual-terminological tensions today. *The British Journal of Sociology, 63*, 747-765.

Beasley, C. (2015). Caution! Hazards ahead: Considering the potential gap between feminist thinking and men/masculinities theory and practice. *Journal of Sociology, 51*, 566-581. Berggren,

Beauvoir, S. (1968). *El segon sexe*. I i II, Barcelona: Editorial 62.

Bednarik,K. (1970). *The Male in Crisis*. New York: Knopf.

Belle D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In R.C. Barnett, L. Biener, G.K. Baruch (Ed.). Gender and Stress (pp.257-77). New York: The Free Press.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. J. Consult. Clin. Psychol, 42, 155–162.

Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A., i Hammorström, A. (2008). Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. Qualitative Health Research, 18, 962–973.

Berger, J.M., Levant, R., McMillan, K.K., Kelleher, W., Sellers, A. (2005). Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. Psychol Men Masc 6, 73.

Berger, P.L. i Luckman, Th. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Berger, M., Sarnyai, Z. (2015). 'More than skin deep': stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress 18*(1): 1–10.

Berggren, K. (2014). Sticky masculinity: Post-structuralism, phenomenology and subjectivity in critical studies on men. *Men and Masculinities, 17*, 231-252.

Berntsson, L.T., i Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries: comparison between 1984 and 1996. *European Journal of Public Health, 11*, 1, 35–42.

Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En J. Marinas y C. Santamarinas (coord..), La historia oral: métodos y experiencias (pp. 149-170). Madrid: Editorial Debate.

Bertaux, D. (2005). Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Barcelona: Edicions bellaterra.
Best, P., Gil-Rodriguez, E., Manktelow, R., i Taylor, B. J. (2016). Seeking help from everyone and no-

one: Conceptualizing the online help-seeking process among adolescent males. *Qualitative Health Research, 26*(8), 1067–1077.

Bhabha, H.K. (1990). The Third Space. In J. Rutherford (Ed.), Identity, Community, Culture, Difference (207-221). London: Lawrence and Wishart.

Bhambra, G. K. (2014). *Connected Sociologies*. London: Bloomsbury Academic.

Bialakowsky, A. L., i Patrouilleau, M. (2008). Prácticas gubernamentales en la regulación de poblaciones extinguibles. En A. Cimadamore i A.D. Cattani (eds.), *Producción de pobreza y desigualdad en América Latina* (pp. 147-190). Colombia: CLACSO/CROP.

Bird, Sh. (1996). Welcome to the Men's Club. *Gender i Society, 10*(2), 120-32.

Blair-West, G.W., i Mellsop, G.W. (2001). Major depression: Does a gender-based down-rating of suicide risk chal- lenge its diagnostic validity?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 322-328.

Blanco L. J. (2016). Hombres y feminismos. ¿Los hombres bajo sospecha?. Divergencias y convergencias entre discursos y prácticas en la perspectiva de género. En J.M. Valcuende, P. Vásquez y M.J. Marco (Coords.), *Sexualidades. Represión, resistencia y cotidianidades (271*-292). Sevilla: Aconcagua Libros.

Blaxter, M. (1997). Who fault is it? People's own conceptions of the reason for health inequalities. *Social Science i Medicine, 44*(6), 747-756.

Blazina, C., i Watkins, E. (1996). Masculine gender role conflict: Effects on college men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 461−465.

Bleichmar, S. (1986). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bilsker, D., Fogarty, A. S., i Wakefield, M. A. (2018). Critical Issues in Men's Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63*(9), 590–596.

Boe, T., Hysing, M., Skogen, J.C., Breivik, K. (2016). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Factor Structure and Gender Equivalence in Norwegian Adolescents. *PLoS One 11*, e0152202.

Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi (Eds.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Buenos Aires: Paidós.

Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: Reconstruyendo la "normalidad". En Segarra, M y Carabí (Ed.), *Nuevas masculinidades* (1-10). Barcelona: Icària.

Bonino, L. (2003). Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres. En C. Lomas (Comp.), ¿Todos los hombres son iguales? Identidad y cambios sociales (105-142). Barcelona: Paidós Contextos.

Bonino, L. (2004). Obstáculos y resistencias masculinas al comportamiento igualitario. Una mirada provisoria a lo intra e intersubjetivo. En Actes Séminaire international *Les hommes en changements: les résistances masculines aux changements dans une perspective d'égalité*. (pp. 177-180). Toulouse-France:Univ.Toulouse le Mirail.Recuperat de www.traboules.org/text/chang.pdf

Bonino, L. (2005). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (Coords.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección* (pp. 83-102). Madrid: Díaz de Santos.

Bosson, J. K., Taylor, J. N., i Prewitt-Freilino, J. L. (2006). Gender role violations and identity misclassification: The roles of audience and actor variables. *Sex Roles, 55*(1–2), 13–24.

Booth, R.G., Allen, B.N., Jenkyn, K.M.B., Li, L., i Shariff, S.Z. (2018). Youth Mental Health Services Utilization Rates After a Large-Scale Social Media Campaign: Population-Based Interrupted Time-Series Analysis. JMIR Mental Health. 5(2), e27.

Bourdieu, P. (1988a). *La distinción: crítica y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Bourdieu, P. (1988b). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas, sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1999). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 5*(150), 43-58.

Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales. Palimpsesto*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Bourdon, K. H., Goodman, R., Rae, D. S., Simpson, G., i Koretz, D. S. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 557-564.

Bourguignon, D., Seron, E., Yzerbyt, V., i Herman, G. (2006). Perceived group and personal discrimination: Differential effects on personal self-esteem. *European Journal of Social Psychology, 36*, 773–789.

Bourque F, van der Ven E, Malla A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. Psychol Med, 41, 897-910.

Bowlby G, McMullen K. (2005). Provincial drop-out rates: trends and consequences. Education Matters, 2(4), 81-004x.

Brandes, S. (1980). *Metaphors of Masculinity: Sex and Status in Andalusian Folklore*. EEUU: University of Pennsylvania Press.

Brannon, R. (1976). The male sex role: Our culture's blueprint of manhood, and what it's done for us lately. In Deborah S., D. Brannon i r. Brannon (Ed.), T*he forty-nine percent majority: The male sex role* (14-15, 30-32). Reading, MA: Addison-Wesley.

Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., i Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African-Americans: Implications for group identification and well being. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 135-149.

Brea, J., i Gil, H. (2016). Interés Profesional Estigma Y Salud Mental Una Reflexión Desde El Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy, 78*, 95-112.

Breu, C. (2005). *Hard-boiled masculinities*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bridges, T. (2010). Men Just Weren't Made To Do This. *Gender i Society*, *24*(1), 5-30.

Bridges, T. (2014). A very 'gay' straight?: Hybrid masculinities, sexual aesthetics, and the changing relationship between masculinity and homophobia. *Gender i Society, 23*, 58–82.

Bridges, T., i Pascoe, C. J. (2014). Hybrid Masculinities: New Directions in the Sociology of Men and Masculinities. *Sociology Compass, 8*(3), 246–258.

Brownhill, S.,Wilhelm, K., Barclay, L., Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. *Aust NZ JPsychiatry, 39*, 921-931.

Brugère, F. (2012). Quelle politique du care dans un monde neoliberal?. En M. Garrau i A. Le Goff, *Politiser le care: perspectives sociologiques et philosophiques* (pp. 133-148). Lormont: Le Bord de l'eau.

Burnham, K. P. y Anderson, D. R. (2002). *Model selection and multimodel inference: a practical information-theoretic approach*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag.

Burns, J.K., i Esterhuizen, T. (2008). Poverty, inequality and the treated incidence of first-episode psychosis. An ecological study from South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43*, 331–35.

Butterworth, P., Gill, S. C., Rodgers, B., Anstey, K. J., Villamil, E., i Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and wellbeing. Social Science i Medicine, 62, 1179-1191

Butler, J. (1987) Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En S. Benhabib y D, Cornell (Ed.). *Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío* (pp. 193-211). Valencia: Ediciones Alfons El Magnanim.

Butler, J. (1989). Conflicto de género, teoría feminista y discurso psicoanalítico. En C. Millán de Benavides y Ma.A. Estrada, Ma. A. (Ed.) (2004) *Pensar (en) género. Teoría y práctica para nuevas cartografías del cuerpo* (pp.264-283). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo".* Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista, 18*, 296-314.

Butler, J. (2000). Restaging the Universal: Hegemony and the Limits of Formalism. In E. Laclau i S. Žižek, *Contingency, Hegemony, Universality: Contemporary Debates on the Left* (11–43). London: Verso.

Butler, J.(2001). Fundamentos Contingentes: El feminismo y la cuestión del postmodernimso. *La Ventana*, 13, 7-41.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Butler, J. (2008). *Vulnerabilitat, supervivència*. Barcelona: CCCB.

## C

Calear, A. L., Banfield, M., Batterham, P. J., Morse, A. R., Forbes, O., Carron-Arthur, B., i Fisk, M. (2017). Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men. *BMC Public Health, 17*(1), 1–8.

Callado, L.F., i Verdejo-García, A. (2011). Consumo de cannabis, juventud y género. *Trastornos Adictivos, 13*(3), 89-90.

Callicott, J. H., Bertolino, A., Egan, M. F., Mattay, V. S., Langheim, F. J. P., i Weinberger, D. R. (2014). The power to resist: The relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res, 28*, 1-14.

Campbell, P., i Roberts, A. (2009). Survivors history. *Pavilion Journals, 13*(3), 33-36.

Canguilhem, G. (1966). *Georges Canguilhem: Lo Normal Y Lo Patalogico*. Argentina: Siglo XXI.

Cantor-Graae, E., i Selten, J.P. (2005) Schizophrenia and migration: a metaanalysis and review. *Am J Psychiatry, 162*, 12–24.

Caponi, S., i Martínez-Hernáez, Á. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia, 11*(3), 467–489.

Cascio, M. T., Cella, M., Preti, A., Meneghelli, A., i Cocchi, A. (2012). Gender and duration of untreated psychosisi: a systematic review and meta-analiysis. *Early Intervention in Psychiatry, 6*, 115–127.

Carabí, A. y Armengol, J.M. (Eds.). (2008). *La masculinidad a debate*. Barcelona: Icaria.

Carabí, A. y Armengol, J.M. (Eds.). (2015). *Masculinidades alternativas en el mundo de hoy.* Barcelona: Icaria.

Carballo, J. J., Muñoz-Lorenzo, L., Blasco-Fontecilla, H., Lopez-Castroman, J., García-Nieto, R., Dervic, K., Oquendo, M. A., i Baca-García, E. (2011). Continuity of depressive disorders from childhood and adolescence to adulthood: a naturalistic study in community mental health centers. *The primary care companion for CNS disorders, 13*(5).

Carrigan, T., Connell, B. i Lee, J. (1985). Toward a New Sociology of Masculinity. *Theory and Society*, *14*(5), 589–617. Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: University of California Press.

Casañas, R., Arfuch, V. M., Castellví, P., Gil, J. J., Torres, M., Pujol, A., Castells,G., Teixidó,M., San-Emeterio, M.T., Sampietro, H.M., Caussa, A., Alonso, J., i Lalucat-Jo, L. (2018). "EspaiJove.net"- A school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health, 18*(1), 103–105.

Casasempere, A. (2011). Curso de análisis de datos cualitativos apoyado por ATLAS.ti. Recuperat el 25 de març de 2020 de: https://vdocuments.mx/curso-atlasti.html.

Castel, R. (1995*). Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard.

Castel, R. (2004). *Trampas de la exclusión*. Buenos Aires: Topia Editorial.

Castel, R. (2010). La discriminación negativa. Barcelona: Editorial Hacer.

Castro-Fornieles, J. (2015). Abstracts of the 16th International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 24*, 1-303.

Cavanagh, A.,Wilson, C.J., Caputi, P., i Kavanagh, D.J. (2016). Symptomendorsement inmen versus women with a diagnosis ofdepression: A differential item functioning ap- proach. *Int J Soc Psychiatry,62*:549-559.

Cavarero, A. (2019). *Horrorismo. Nombrando la violencia contemporánea*. Barcelona-México: Anthropos.

Cela-Bertran, X. (2012). *Etnografia d'un Club Social*. *Aproximació antropològica als processos de desinstitucionaltzació psiquiátrica.* (Tesi de master). Univesritat de Barcelona. Barcelona.

Cerezo-Ramírez, F. (2008). Agresores y víctimas del bullying. Desigualdades de género en la violencia entre escolares. *Revista información psicológica, 94*. 49-59.

Chacón-Cuberos, R., Martínez-Martínez, A., Castro-Sánchez, M., Espero-Garcés, T. Valdivia-Moral, P.A., i Zurita-Ortega, F. (2015). Relación entre bullying, género y actividad física: Estudio en escolares de la provincia de Granada. *Trances, 7*(6):791-810.

Chacón-Cuberos, R., Arufe-Giráldez, V., Cachón-Zagalaz, J., Zagalaz-Sánchez i Castro-García, D. (2016). Estudio relacional de la práctica deportiva en escolares según el género. *SPORT TK-Revista EuroAmericana De Ciencias Del Deporte, 5*(1), 85-92.

Chamberlin, J. (1978). On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system. New York: McGraw-Hill.

Chandra, A., i Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health, 38*(6), 1–8.

Chandra A., i Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(6), 763-774.

Chang, S. Sen, Stuckler, D., Yip, P. i Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ (Online), 347*(7925), 1–15.

Chaves, A. C., i Seeman, M. V. (2006). Sex selection bias in schizophrenia antipsychotic trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 26*(5), 489–494.

Christensen, A. D., i Jensen, S. Q. (2014). Combining hegemonic masculinity and intersectionality. *Norma, 9*(1), 60–75.

Chuick, C. D., Greenfield, J. M., Greenberg, S. T., Shepard, S. J., Cochran, S. V., i Haley, J. T. (2009). A qualitative investigation of depression in men. Psychology of Men i Masculinity, 10, 302–313.

Cochran, S. V., i Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*. San Diego, CA: Academic Press.

Cochran, S. V. (2001). Assessing and treating depression in men. In G. R. Brooks i G. E. Good (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men* (Vol. 1, pp. 229– 245). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Cochran, S., i Rabinowitz, F. (2003). Gender-sensitive recom- mendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research i Practice, 34*, 132-140.

Cochran, S. V. (2005). Evidence-based assessment with men. Journal of Clinical Psychology, 61(6), 649-660.

Coen, S. E., Oliffe, J. L., Johnson, J. L., i Kelly, M. T. (2013). Looking for Mr. PG: Masculinities and men's depression in a northern resource-based Canadian community. Health i Place, 21, 94–101.

Coffey, A., i Atkinson, P. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Unviersidad de Antioquia

Coles, T. (2009). Negotiating the Field of Masculinity. *Men and Masculinities, 12*(1), 30–44.

Collier, R. (1998). *Masculinities, crime and criminology: Men, heterosexuality and the criminal(ised) other*. London: Sage.

Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., i Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 8, 1350-62.

Collinson, D. i Hearn, J. (1994). Naming men as men: Implications for work, organization and management. *Gender, Work and Organization 1* (1): 2-22.

Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment.* Boston: Unwin Hyman.

Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M., i Roth, E. (2019). Social Marketing of Mental Health Treatment: California's Mental Illness Stigma Reduction Campaign. *American Journal of Public Health, 109*(S3), S228–S235.

Coll-Planas, G. (2009). *La voluntad y el deseo* (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Coll-Planes, G. i y Missé, M. (2018). Identificación de los factores de inserción laboral de las personas trans. Exploración del caso de la ciudad de Barcelona". *OBETS. Revista de Ciencias Sociales, 13*(1), 45-68.

Coll-Planas, G. i Visa, M. (2015). La cicatriz (in)visible. La representación del cuerpo en blogs de mujeres con cáncer de mama. *Política y Sociedad, 52*(2), 487-507.

Comas-d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras: Retos para la antropología feminista. *Mora, 20*(1), 167-182. .

Comas-d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns,22*(2), 17–32.

Comelles, J.M. i Martínez-Hernáez, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Ed. Eudema.

Comelles, J. M. (1988). La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea.Barcelona: PPU.

Comelles, J. M. (2006). *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics.* Cambridge: Polity Press.

Connell, R. W. (1992). A very straight gay: Masculinity, homosexual experience, and the dynamics of gender. *American Sociological Review, 57*, 735–751.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.), Masculinidad/es: poder y crisis (31-48). Chile: Isis internacional.

Connell, R. W. i Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity rethinking the concept. *Gender and Society, 19*(6), 829–859.

Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. Los Angeles: University of California Press.

Connell, R. W. i Wood, J. (2005). Globalization and business masculinities. *Men and Masculinities, 7*(4), 347–364.

Connell, R. (2007). *Southern Theory: The Global Dynamics of Knowledge in Social Science*. Cambridge: Polity.

Connell, R. W. (2016). Masculinities in global perspective: hegemony, contestation, and changing structures of power. *Theory and Society, 45*(4), 303–318.

Conroy, D., i de Visser, R. (2013). "Man up!": Discursive constructions of non-drinkers among UK undergraduates. *Journal of Health Psychology, 18*, 1432–1444.

Cook, R. M., i Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry, 10*(1), 29.

Cooper, B. (2011). Economic recession and mental health: An overview. *Neuropsychiatrie, 25*, 113-117.

Corin E.E. (1990). Facts and meaning in psychiatry: An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry, 14*(2), 153-188.

Cornwall, A., i Lindistrane, N. (Eds.). (2005). *Dislocating Masculinity*. *Dislocating Masculinity: Comparative Ethnographies.* London and New York: Routledge.

Correa-Urquiza, M. (2010). *Radio nikosia: la rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Correa-Urquiza, M. (2016). El cuerpo silenciado reflexiones sobre los itinerarios. En J.M. Comelles y E. Perdiguero-Gil, *Educación, Comunicación y Salud. Perspectivas desde las ciencas humanas y sociales* (p.321-338). Tarragona:Publiacacions URV.

Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del dialogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 38*(134), 567-585.

Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Wasowski, K.U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Gagnon, C., Bergman, M., i Kubiak, M.A. (1999). Predictors of participation in campaigns against mental illness stigma. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 378-380.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology-Science and Practice, 7*, 48-67.

Corrigan, P.W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly, 73*, 217-228.

Corrigan, P.W. (2003). Beat the stigma: Come out of the closet. *Psychiatric Services, 54*, 1313.

Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care*. The American Psychologist, 59*, 614-625.

Corrigan, P. W., i Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16-20.

Corrigan, P.W., i Watson, A.C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity and education of the perceiver*. Community MentHlt J, 43,* 439–458.

Corrigan, P. W. (2011). Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatric Services, 62*(8), 824–826.

Courtenay, W. H. (1998). College men's health: An overview and a call to action. *Journal of American College Health, 46*, 279-290.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine, 50*(10), 1385–1401.

Couture, S. M., i Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health, 12*(3), 291-305.

Cox B.D., Huppert, F.A. i Whichelow, M.J. (Eds.). (1993). *The health and Lifestyle Survey: Seven years On.* Aldershot, UK: Dartmouth.

Crabtree, J. W., i Rutland, A. (2001). Self-evaluation and social comparison amongst adolescents with learning difficulties. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11*, 347- 359.

Crabtree, J.W., Haslam, S.A., Postmes, T., i Haslam, C. (2010). Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem: Positive ann Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues, 66*(3), 553-569.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique

of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 139*, 139-167.

Crijnen, A.A., Achenbach, T.M., i Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(9), 1269-1277.

Crocker, J., Major, B., i Steele, C.M. (1998). In D.T. Gilbert i L. Fiske (Eds.). *Social stigma, 4th ed Handbook of social psychology. Vol. 2.* (pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.

Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. London: Routledge.
Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. Ethos, 1(1), 5-47.

Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. i Dresch, V. (2011). El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas. *Anales de psicología, 27*(1), 170–178.

Curtin, S. C., Warner, M., i Hedegaard, H. (2016). *Increase in suicide in the United States, 1999-2014*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistic.

**D**

Dahl, R.A. (1957). The Concept of Power. *Behavioural Science 2*, 201-215.

Dahl, J. L., Vescio, T. K., i Weaver, K. S. (2015). How threats to mas- culinity sequentially cause public discomfort, anger and ideological dominance over women. *Social Psychology, 46*(4), 242–254.

Davis, A. (1983). *Women, race, and class*. New York: Vintage.

Davis, K. (2008). Intersectionality as Buzzword. A Sociology of Science Perspective on What Makes a Feminist Theory Successful. *Feminist Theory 9*, 67-85.

Deaux, K. (1984). From individual diferences to social categories: an analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist 39* (2), 105-116.

De Boise, S. i Hearn, J. (2017). Are men getting more emotional? Critical sociological perspectives on men, masculinities and emotions. *Sociological Review*, 65(4), 779–796.

Deegan, P. E. (1990) Spirit breaking: When the helping professions hurt. *Humanistic Psychologist, 18*, 301–313.

Deleuze,G. (2012). Post-scriptum sobre las sociedades de control. Recuperado de https://journals.openedition.org/polis/5509

De Martino-Bermúdez, M. (2013). Connell y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *Revista Estudos Feministas, 21*(1), 283–300.

Demetriou, D. Z. (2016). Connell 's concept of hegemonic masculinity: A critique. *Theory and Society, 30*(3), 337–361.

Dena, T., Smith, Dawne M. M. i Elliott,M.(2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health, 12*(1) 78-89.

Denborough, D. (1996). Step by step: Developing respectful and effective ways of working with young men to reduce violence. En M. McLean, M.Carey iC. White (Eds.), *Men's ways of being* (pp. 91-115*)*. Boulder, CO: Westview.

Denzin, N. i Lincoln, Y. (2005). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. En N. Denzin i Y. Lincoln (Eds), *The Sage Handbook of Qualitative Research (3rd Edition)* (pp. 1-13). Thousand Oaks: Sage.

Deutsch, F. M. (2012). Undoing Gender. *Gender and Society*, *21*(1), 106–127.

de Vries, B. (2015). Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. In N. A. Orel i C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 55-71). *American Psychological Association.*

Días-Aguado, M.J., i Martínez, R. (2001). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia de género contra la mujer desde la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Días-Aguado, M.J. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Días-Aguado, M.J.(2006). Sexismo, violencia de género y acoso escolar. Propuestas para una prevención integral de la violencia. *Revista de estudios de juventud, 6*(73), 38-58.

Díaz-Geada,A., Espelt, A., Bosque-Prous, M., Obradors-Rial, N., Teixidó-Compañó,E., i Caamaño, F. (2019). Asociacion entre los estados de animo negativo, el consumo de sustancias psicoactivas y el bullying en adolescentes escolarizados. *Adicciones, 32*(2), 128-135.

Diez-Gutierrez,E.J. (2007). El género de la violencia en los videojuegos y el papel de la escuela. *Revista de educación, 342*, 127-146.

DiGiacomo, S. (2013). La metàfora como enfermedad: dilemes posmodernos en torno a la representación del cuerpo, la mente y el padecimiento. En Martínz-Hernáez, L. Masana i S. DiGiacomo, *Evidencias y narratives en la atención sanitaria* (pp.35-82). Una perspectiva antropològica. Tarragona:Edicions URV.

Di Gioacchino-De Bate, R., Gatto, A., i Rafal, G. (2018). The Effects of Stigma on Determinants of Mental Health Help-Seeking Behaviors Among Male College Students: An Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *American Journal of Men's Health, 12*(5), 1286-1296.
Donaldson, M. (1991). *Time o four lives: Labor and love in the working class*. Sydney, Australia: Allen and Unwin.

Donaldson, M. (1993). What is hegemonic masculinity?. *Theory and Society, 22*,643–657.

Donovan, B. (1998). Political Consequences of Private Authority. *Theory and Society 27*(6): 817-43.

Duinhof, E. L., Stevens, G. W. J. M., van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., i Vollebergh, W. A. M. (2015). Ten-year trends in adolescents' self-reported emotional and behavioral problems in the Netherlands. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*(9), 1119–1128.

Duque, E., i Teixido, J. (2016). Bullying y Género. Prevención desde la Organización Escolar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research, 6*(2), 176-204.

Dunion, L., i Gordon, L. (2005). Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's "see me" anti-stigma campaign. *Ment Health Today*, 22-25.

## E

Eckersley, R. (2011). A new narrative of young people's health and well-being. *Journal of Youth Studies, 14*, 627–638.

Eisenberg, D., Downs, M.F., Golberstein, E., i Zivin, K., (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review 66*, 522–541.

Elias, J., i Beasley, C. (2009). Hegemonic masculinity and globalization: "Transnational business masculinities" and beyond. Globalizations, 6, 281-296.

Elias, N., i Dunning, E. (1992). *Deporte y ocio*. Madrid: Fondo de cultura económica.

Elias, N., i Scotson, J.L. (2016). *Establecidos y marginados*. *Una investigación sociológica sobre problemas comunitarios*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H., García-Moreno, C., i Study W. H. O. M. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on womens health and domestic violence: An observational study. *The Lancet, 371*(5), 1165-1172.

Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., i Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity?. *Social Science i Medicine, 62*, 2246–2257.

Englar-Carlson, M., i Kiselica, M. S. (2013). Affirming the strengths in men: A positive masculinity approach to assisting male clients. Journal of Counseling i Development, 91(4), 399-409.

Enguix, B. (2012). Cultivando cuerpos, modelando masculinidades. *Disparidades. Revista de Antropología, 67* (1), 147-180.

Epstein, C.F. (1988). *Deceptive Distinctions: Sex, Gender and the Social Order*. New Haven: Yale University Press.

Escofet, A., i Rubio, M.J. (2007). La brecha digital: género y juegos de ordenador. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 5*(1), 63-77.

Essau, C.A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety, 22,* 130-137.

Esteban, M. L., i Ceic, P. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles Del CEIC, 12*, 1–21.

Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva, 2*, 9–20.

Esteban, M. L. (2011). *Crítica al pensamiento amoroso*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Esteban, M. L. (2013). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio.* Barcelona: Ed. Bellaterra.

Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., i Gregory, D. (2011). Health, illness, men and masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health, 8*, 7-15.

**F**

Fàbrega, H., Jr. (1972). Medical Antrhopoloy. *Biennal Review of Anthropology, Stanford University Press*, 167-229.

Evans-Lacko, S., London, J., Little, K., Henderson, C., i Thornicroft, G. (2010). Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: Do short-term campaigns work?. *BMC Public Health, 10,* 339. .

FARAPI (CONSULTORÍA DE ANTROPOLOGÍA APLICADA) (2007): Siniestralidad vial, velocidad y masculinidad. Incidencia de la masculinidad en la conducción temeraria, Diputación Foral de Gipuzkoa.

Faris, R., Dunham, H. (1939). *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Farrell, W. (1994). *The Myth of Male Power*. London: Fourth Estate.

Farrell, W. (1975). *The liberated man: Beyond Masculinity*. New York: Random House.

Farrimond, H. (2012). Beyond the caveman: Rethinking masculinity in relation to men's help-seeking', Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health. Illness and Medicine, 16(2), 208-25.

Faur, E. (2004). *Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá: Unicef, Arango Editores Ltda.

Fausto-Sterling, A. (2000). *Cuerpos Sexuado: La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., i Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence. Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 6*(8).

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.

Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Feigen Fasteau, M. (1974). *The male machine*. New York: McGraw-Hill.

Fernández, A., Erkoreka, L., Vivanco, E., Landa, M., Sesma, E., Pérez, Alonsoa, Z.,Kerexetaa,I., i González, M. A. (2014). Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. *Anales de Pediatria, 80*(1), 21–27.

Ferrer, L., i Kirchner, T. (2015). Suicidal Tendency Among Adolescents With Adjustment Disorder Risk and Protective Personality Factors. *Crisis, 36*, 202-210.

Fields, A. J., i Cochran, S. V. (2011). Men and depression: Current perspectives for health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*, 92-100.

Finzen, A., i Hottman-Richter, U. (1997). Stigma and quality of life in mental disorders. En H. Katsching, H. Freeman, i N. Sartorius (eds.), Quality of life in mental disorders. Chichester, UK: Wiley and Sons.

Flores-Reynoso, S., Medina-Dávalos, R., Robles-García, R., i Páez-Agraz, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev Latinoam Psiquiatría, 11*(3):82-89.

Foley, D. E. (2001). The great American football ritual: Reproducing race, class, and gender inequality. In A. Yiannakis i M. J. Melnick (Eds.), *Contemporary issues in sociology of sport* (23–40). Champaign, IL: Human Kinetics.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. S., Lemos-Giráldez, S., i Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatologia emocional y comportamental en adolescentes espanyoles a tarvés del Strengths ans difficulties questionnaire (SDQ). *Revisa de Psicopatología y Psicologia Clínica, 16*(1), 15–25.

Forns, J., Torrent, M., Garcia-Esteban, R., Cáceres, A., Pilar Gomila, M., Martinez, D., Morales, E., Julvez, J., Grimalt, J.O., i Sunyer, J. (2012). Longitudinal association between early life socio-environmental factors and attention function at the age 11 years. *Environmental Research, 117*, 54–59.

Foucault, M. (1982). *Historia de la sexualidad I: La voluntad d e saber*. Mèxic: Siglo XXI.

Foucault, M. (2004). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.

Foucault, M. (2012). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. España: Biblioteca Nueva.

Fridgen, G. J., Aston, J., Gschwandtner, U., Pflueger, M., Zimmermann, R., Studerus, E., Stieglitz, R.D., i Riecher-Rössler, A. (2013). Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. *Social Psychiatry i Psychiatric Epidemiology, 48*, 1033-1043.

Frye, M. (1983). The politics of reality: Essays in feminist theory. Trumansburg, NY: Crossing Press.

## G

Gabarró, D. (2010). *¿Fracaso escolar? La inesperada respuesta del género y la coeducación.* Lleida: Boira.

Galambos, N., Leadbeater, B., i Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development, 28*(1), 16-25.

Galdas, P. M., Cheater, F., i Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 616–623.

Garaigordobil, M., i Martínez-Valderrey, V. (2015). The Effectiveness of Cyberprogram 2.0 on Conflict Resolution Strategies and Self-Esteem. *Journal of Adolescent Health, 57*(2), 229-234.

Garaizabal, C. (1998). La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante. En J.A. Nieto (Com.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura* (pp. 39-62). Madrid: Talasa.

García-Oramas, M. J., i Matud-Aznar, M.P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental, 38*(5), 321-327.

Garduño, M.A. (2001). Determinación genérica de la mortalidad masculina. *Salud Problema, 6*(10-11), 29-36.

García, P., Goodman, R., Mazaira, J., Torres, A., Rodrí- guez-Sacristán, J., Hervas, A. y Fuentes, J. (2000). El Cuestionario de Capacidades y Dificultades. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil, 1*, 12-17.

García-Santesmases, A. (2015). El cuerpo en disputa: cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 9(1), 41-62.

García-Santesmases, A., i Pié-Balaguer, A. (2015).De resistencias y violencias, la lucha de las mujeres con diversidad funcional. En M. Fraixenet-Mateo (coord.), *Génere i diveritat funcional. Una violència invisible* (pp.45-73). Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials (UAB).

Garrau, M. (2012). Le care est-il soluble dans la non-domination?. En M. Garrau i A. Le Goff, *Politiser le care: perspectives sociologiques et philosophiques* (pp. 115-132). Lormont: Le Bord de l'eu.

Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H., i Simons, R.L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 4, 467-83.

Geekie, J., i Read, J. (2012). El sentido de la locura. Barcelona: Herder

Geertz, C. *et al.* (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Geertz, C. (2001). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Genuchi MC, Valdez JN (2015) The role ofanger as a component ofa masculine variation of depression. *Psychol Men Masculinity,16*:149–159.

Gergen, K. J. (1977). The social construction of self-knowledge. In T. Mischel (Ed.), *The self: Psychological and philosophical issues* (pp. 139–169). Oxford: Basil Blackwell.

Gerschick, T. J. i Miller, S.A. (1994). Gender identities at the crossroads of masculinity and physical disability. *Masculinities 2*(1): 34-55.

Gerson, J.M., Peiss, K. (1985). Boundaries, negotiation, consciousness: reconceptualising gender relations. *Social Problems 32* (4), 317-331.

Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., i Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Diffi culties Questionnai- re (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8(20).

Gil-Juarez, A., Feliu, J., i Vitores González, A. (2010). Performatividad Tecnológica de Género: Explorando la Brecha Digital en el mundo del Videojuego. *Quaderns de Psicologia, 12*(2), 209-226.

Gillander Gådin, K., i Hammarström, A. (2005). A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine?. *European Journal of Public Health, 15*(4), 380-85.

Gilligan, C. (1982). *In a diffrent voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.

Gilmore, D. (1987). *Aggression and community: Paradoxes of Andalusian culture*. New Haven, CT: Yale University Press.

Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company.

Glick, P., i Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. Journal of Personality and Social Psychology, 70(3), 491-512.

Glick, P., Gangl, C., Gibb, S., Klumpner, S., i Weinberg, E. (2007). Defensive reactions to masculinity threat: More negative affect to- ward effeminate (but not masculine) gay men. *Sex Roles, 57*,55-59.

Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., Adetoun, B., Osagie, J. E., Akande, A., Alao, A., Annetje, B., Willemsen, T. M., Chipeta, K., Dardenne, B., Dijksterhuis, A., Wigboldus, D., Eckes, T., Six-Materna, I., Expósito, F., . . . López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 763-775.

Glick, P., i Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. American Psychologist, 56(2), 109-118.

Go, J. (2013) For a postcolonial sociology. *Theory and Society 42*, 25–55 (2013).

Golding, B., Kimberley,H. Foley,A.i Brown, M. (2008). Houses and Sheds in Australia: An Exploration of the Genesis and Growth of Neighbourhood Houses and Men's Sheds in Community Settings. *Australian Journal of Adult Learning 48*:237-262.

Golombok, S i Fivush, R. (1994). *Gender Development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Godelir, M. (1986) *La producción de Grandes Hombres*: Poder y dominación entre los baruya de Nueva Guinea. Madrid: Akal.

Goffman, E. (1976). Gender Display. *Studies in the Anthropology of Visual Communication*, 3, 69-77.

Goffman, E. (1977). The arrangement between the sexes. *Theory and society,* 4(3), 301-331.

Goffman, E. (1987). *Gender advertisements*. New York: Harper Torchbooks.

Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (2008). *Estigma: La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldberg, H. (1976). *The Hazards of Being Male* . New York: New Americar Library.

Golde, P. (ed.) (1970). *Women in the Field*. Chicago: Aldine Publishers.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,40(11), 1337-1345.

Gonzalez, J. M., Tinsley, H. E. A., i Kreuder, K. R. (2002). Effects of psychoeducational interventions on opinions of mental illness, attitudes toward help seeking, and expectations about psychotherapy in college students. *Journal of College Student Development, 43*, 51-63.

González, M.J., i Jurado-Guerrero, T. (2009). ¿Cuándo se implican los hombres en las tareas domésticas? Un análisis de la Encuesta del Empleo del Tiempo. *Panorama Social, segundo semestre*, 65-81.

Good, G. E., i Mintz, L. B. (1990). Gender role conflict and depression in college men: Evidence for compounded risk. *Journal of Counseling i Development, 69*, 17-21.

Good G. i Wood P. (1995). Male gender role conflict, depression, and help-seeking: Do college men facedouble jeopardy? *J Couns Dev, 74*, 70–5.

Good, G.E., Sherron, N.B. i Dillon, M.G. (2000). Masculine gender role stressors and men s health. In R.M. Eisler y M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health* (pp.63-81). Mahwah: LEA.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 791-801.

Goodman R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-45

Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Lyons, J. S., i Stein, M. B. (2002). Mental health service utilization in the United States. The role of personality factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37,* 561-566.

Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science i Medicine, 63*, 2476-2488.

Gough B., Robertson, S., i Robinson, M. (2016). Men, 'masculinity' and mental health: critical reflections. In J. Gideon (Ed.), *Handbook on Gender and Health (134-147)*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Grace, B., Richardson, N., i Carroll P. (2016). "… If you're not part of the institution you fall by the wayside" Service providers' perspectives on moving young men from disconnection and isolation to connection and belonging. *Am J Mens Health, 12*(2), 252-264.

Grady,K.E., Brannon, R. i Pleck, J.H. (1979). *The Male Sex Role: A Selected and Annotated Bibliography*. Rockville, MD.: National Institute of Mental Health.

Gramsci, A. (2001). *Cuadernos de la cárcel*. México: Ediciones Era.

Gramsci, A. (2002*). La cuestión Meridional*. Buenos Aires: Quadrata. Grazian, D. (2007). The Girl Hunt. *Symbolic Interaction, 30*(2), 221-243.

Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine, 95*, 72-76.

Groes-green, Ch. (2012). Philogynous Masculinities: Contextualizing Alternative Manhood in Mozambique. *Men and Masculinities, 15*(2), 91-111.

Guash, O. (2006). *Héroes, científicos, heterosexuales y gays*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Guasch, O. (2007). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.

Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Buenos Aires: Paidós.

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Editorial Norma.

Gutiérrez, A. (1997*). Bourdieu y las prácticas sociales* (2ª. ed.). Córdova, Argentina: Universidad de Córdova.

Gutmann, M. (1998). Traficando con Hombres: la antropología de la masculinidad. *La Ventana*, 8, 47-97.

Guzmán, G. (2011). Mis cicatrices muestran que no me he rendido: cuerpo e identidad masculina en jóvenes de la ciudad de México. *La Manzana. Revista internacional de masculinidades,5*(8).

## H

Hacker, H.M. (1957) The New Burdens of Masculinity. *Marriage and Family Living,* 19: 227-233.

Häfner, H., Nowotny, B. Loffler, W., der Heiden, W., i Maurer, K. (1995). When and how does schizophrenia produce social deficits. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246*, 17-28.

Halberstam, J.J. (2005). Unlosing Brandon: Brandon Teena, Billy Tipton, and Transgender Biography. In J. Halberstam, *In a Queer Time and Place: Transgender Bodies, Subcultural Lives* (p. 47-75). New York: NYU Press.

Hammersley, M., i Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación (2a edición).* Barcelona: Paidós Ibérica.

Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansansio*. Barcelona: Herder.

Hancock, A. M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics, 5*, 63-79.

Hanke, R. (1992). Redesigning men: Hegemonic masculinity in transition. En S. Craig (Ed.), *Men, masculinity, and the media* (185-198). Newbury Park, CA: Sage.

Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R., i Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 1, 128-40.

Hankivsky, O., i Cormier, R. (2009). *Intersectionality: Moving women's health research and policy forward*. Vancouver: Women's Health Research Network.

Hankivsky, O., Reid, C., Cornier, R., Varcoe, C., Clark, N., Benoit, C., i Brotman, Sh. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. International J Equity Health, 9(5),1-15.

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. Social Science and Medicine, 74(11), 1712-1720.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. Feminist Studies, 14* (3), 575-599.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Harding, C., i Fox, C. (2014). It's not about "Freudian couches and personality changing drugs": An investigation into Men's mental health help-seeking enablers. *American Journal of Men's Health, 9*(6), 451–463.

Harnois, C. E. (2017). Intersectional Masculinities and Gendered Political Consciousness: How Do Race, Ethnicity and Sexuality Shape Men's Awareness of Gender Inequality and Support for Gender Activism?. *Sex Roles, 77*(3–4), 141-154.

Harrington, B., Van Deusen, F. i Humbred, B. (2011). The new dad: Caring, committed, and conflicted. Chestnut Hill, MA: Boston College Center for Work and Family.

Harris, M. (1976). History and Significance of the Emic/Etic Distinction. *Annual Review of Anthropology, 5*, 329-350.

Harris, M. (1985), Marvin.*El desarrollo de la teoría antropológica*. Madrid: Siglo XXI.

Harrison, J. (1978). Warning: the male sex role may be dangerous to your health. *Journal of Social Issues 34*(1), 65-86.

Harrison, C. M., i Britt, H. (2004). The rates and management of psychological problems in Australian general practice. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 38*(10), 781-788.

Harrison, J., Chin, J., Ficarroto, T. (1992). Warning: the male sex role may be dangerous to your health. In M.S. Kimmel, M.A. Messner (Eds.), *Men's Lives (2n Edition) (pp.271-285).* New York: Macmillan.

Hart, A. (1998). *Buying and selling power: Anthropological reflections on prostitution in Spain*. Boulder, CO: Westview.

Hartley, R. E. (1959). Sex-Role Pressures and the Socialization of the Male Child. *Psychological Reports*, *5*(2), 457–468.

Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., i Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal ofSocial Psychology, 44*, 355-370.

Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., i Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. Applied Psychology: An International Review, 58, 1-23.

Hatch, S.L., Gazard, B., Williams, D.R., Frissa, S., Goodwin, L. (2016) Discrimination and common mental disorder among migrant and ethnic groups: findings from a South East London Community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 51*(5), 689–701.

Have, M., Oldehinkel, A., Vollebergh, W., i Ormel, J. (2003). Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population?. *Acta Psychiat Scand*, 107, 178-187.

Hawton, K., i van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373*, 1372-1381.

He, J. P., Burstein, M., Schmitz, A., i Merikangas, K. R. (2013). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(4), 583–595.

Heath, M. (2003). Soft-boiled masculinity: Renegotiating gender and racial ideologies in the Promise Keepers movement. *Gender i Society, 17*, 423-444.

Hearn, J. (1996). Is masculinity dead? A critique of the concept of masculinity/masculinities. En M. Mac i Ghail (Eds.), *Understanding masculinities: Social relations and cultural arenas* (p.202-217). Buckingham, UK: Open University Press.

Hearn, J. (2004). From hegemonic masculinity to the hegemony of men. *Feminist Theory 5*(1): 49-72.

Hearn, J. (2014). Men, masculinities and the material(-)discursive". *NORMA, International Journal for Masculinity Studies 9*(1), pp.5–17.

Hearn, J. (2018). Moving men, changing men, othering men: On politics, care and representation. *Quaderns*, 34, 29-58.

Heasley, R. (2005). Crossing the Borders of Gendered Sexuality. In Ch. Ingraham (Ed.), *Thinking Straight* (109-30). New York: Routledge.

Heilä, H., Haukka, J., Suvisaari, J., Lönnqvist, J.(2005). Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. Psychol Med, 35, 725–32.

Hemmersley, M. i Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de investigación (2ª edición). Barcelona: Paidós.

Hennessy, R. (1995). Queer Visibility in Commodity Culture. In L. Nicholson i S. Seidman (Ed.), *Social Postmodernism* (pp.142–183). New York: Cambridge University Press.

Hernández-Ochoa, D. (2011). La «confluencia» de los géneros a través del sistema mediático : De la mujer sumisa y el macho ibérico al «ser andrógino». *Papers, 96*(2), 569–587.

Hernández, R., i Opazo, H. (2010). Apuntes de Análisis Cualitativo en Educación. Recuperat el 13 de Novembres del 2019 de: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/ Materiales/Apuntes_Cua litativo.pdf

Hidalgo, C. (2006). Reflexividades. *Cuadernos de Antropología, 23*, 45-56.

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 714–734.

Hölling, H., Kurth, B.M., Becker, A., i Schalck, R. (2008). Assessing psychopathological problems of

children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representatives ample: Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry, 17*, 34-41

Holyoake, D. D. (2002). Male identity in mental health nursing. *Nursing Standard, 16*, 33-37.

Holter, G. (1997). *Gender, patriarchy and capitalism: A social forms analysis*. Oslo, Norway: University of Olso.

Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M.G., i Angermeyer, M.C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies*. Epidemiol Psychiatr Sci, 21*, 73-85.

Hooks, B. (1984). *Feminist theory: From margin to center*. Boston: South End.

Hooks, b. (1990). *Yearning: Race, gender, and cultural politics*. Boston, MA: South End.

Hoy, S.(2012) Beyond men behaving badly: A meta-ethnography of men's perspectives on psychological distress and help seeking. *Int J Men Health. 11*, 202-226.

Hughey, M. 2012). *White Bound*. Stanford: Stanford University Press.

Huici, C. (1996). Estereotipos. En F. Morales, y C. Huici. (Eds.), Psicología social y trabajo social (pp. 312-314). Madrid: Mc Graw-Hill.

Hunter, M. (2004). Masculinities, multiple-sexual-partners, and AIDS: the making and unmaking of Isoka in KwaZulu-Natal. *Transformation, 54*,123-153.

Husaini, B. A., Moore, S. T., i Cain, V. A. (1994). Psychiatric symptoms and help-seeking behavior among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work, 21*, 177–193.

## I

Imbert, G. (1990). *Los discursos del cambio: Imágenes e imaginarios sociales en la España de la Transición (1976-1982*). Madrid: Akal/Comunicación.

Instituto Nacional de Estadística (INE).(2013). Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad.

Madridi Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de http://www.ine.es.

Ishii-Kuntz,M.(2003). Balancing fatherhood and work: Emergence of diverse masculinities in contemporary Japan. En J.E. Roberson i N. Suzuki (Ed.s), *Men and masculinities in contemporary Japan* (pp. 198-216). London: Routledge Curzon.

Ivancic, L., Perrens, B., Fildes, J., Perry, Y. and Christensen, H. (2014). Youth Mental Health Report, June 2014, Mission Australia and Black Dog Institute.

Iwamoto, D. K., Brady, J., Kaya, A., i Park, A. (2018). Masculinity and Depression: A Longitudinal Investigation of Multidimensional Masculine Norms Among College Men. *American Journal of Men's Health i Wellbeing, 12*(6), 1873-1881.

Izquierdo, M.J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Recuperat el 15 d'octubre de 2019 de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Socializacion_del_cuidado.pdf

**J**

Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., i Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 39(6),* 1296-1306.

Jackson, D., Lawoyin, R., Gaynor, K., Clarke, M., Browne, S., Renwick, L., Sutton, M., Turner, N., Kinsella, A., Waddington, J.L., Larkin, C., i Callaghan, E.O. (2008). Is the duration of untreated psychosis temporally stable?. *Eur Psychiatry, 23*, 97-99.

Jackson, D., Kirkbride, J., Croudace, T., Morgan, C., Boydell, J., Errazuriz, A., Murraym R.M., i Jones, P. B. (2013). Meta-analytic approaches to determine gender differences in the age-incidence characteristics of schizophrenia and related psychoses. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16(S1*), 36–45.

Jalón, E. G., i Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra, 25*(3), 87-96.
Jansen, S. C. i Sabo, D. (1994). The sport-war metaphor: Hegemonic masculinity, the Persian-Gulf war, and the new world order. *Sociology of Sport Journal 11*(1): 1-17.

Jaspers, K. (1973). *Die geistige Situation der Zeit*. Berlín: Walter de Gruyter.

Jeffries, M., i Grogan, S. (2012). "Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's": Young men's talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychology i Health, 27*, 898-915.

Jerden, L., Burell, G., Stenlund, H., Weinehall, L., i Bergström, E. (2011). Gender differences and predictors of self-rated health development among swedish adolescents. *Journal of Adolescent Health, 48*, 143–150

Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. i Ogrodniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health i Illness, 24*, 345–361.

Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., i Jones, P. B. (2019). A systematic review and meta-analysis of the international incidence of psychotic disorders - An update (2002-2017). *The Lancet Public Health, 4*, 229–244.

Jorm A.F., Christensen, H., i Griffiths KM. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry, 39*, 248-254.

Jorm, A.F. (2009). Australian young people's awareness of headspace, beyondblue and other mental health organizations. *Australasian Psychiatr, 17*, 472–4.

Joseph, S. (2009). Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psihologijske Teme, 18*, 335–344.*Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, i Lehtinen V. (2001). Mental disorders and cause-specific mortality*. Br J Psychiatry, 179, *498-502*.

## K

Kachel, S., Steffens, M. C., i Niedlich, C. (2016). Traditional masculinity and femininity: Validation of a new scale assessing gender roles. *Frontiers in Psychology, 7*, 1-19.

Kadison, R., i DiGeronimo, T. (2004). College of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it. San Francisco: Jossey Bass.

Kågesten, A., Gibbs, S-, Blum, R.W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., i Amin, A. (2016). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: A Mixed-Methods systematic review. *PLoS One, 11*(6), 1-36.

Kaira, G., Ventriglio, A., i Bhugra, D. (2015). Sexuality and mental health: issues and what next?. Int Rev Psychiatry ,27(5), 463-9.Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., i Rimpelä, A. (2000). Bullying at school: an indicator of adolescents at risk for mental disorders. Journal of Adolescence, 23, 6, 661-74.

Karlamangla, A., Zhou, K., Reuben, D., Greendale, G., i Moore, A. (2006). Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America. *Addiction, 101*, 91-99.

Karp, D. (2006). *Is it me or my meds?.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kaufman, M. (1985). The Construction of Masculinity and the Triad of Men's Violence. In M. Kaufman (Ed.), Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change (1-17). Toronto: Oxford University Press, 1985

Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombre. En T. Valdés, i J. Olavarría, *Masculinidades, poder y crisis* (pp. 49-63). Santiago de Chile: Isis Internacional.

Kenway, J., i Fitzclarence, L. (1997). Masculinity, Violence and Schooling: Challenging 'poisonous pedagogies'. Gender and Education, 9(1), 117-34.

Kessler, S. J. i W. McKenna. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. Chicago: University of Chicago Press.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., i Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*(6), 593-602.

Kilmartin, C. (2005). Depression in men: Communication, diagnosis and therapy. *The Journal of Men's Health i Gender, 2*, 95–99.

Kim, A., i Pyke, K. (2015). Taming Tiger Dads. *Gender i Society, 29*(4), 509–533.

Kimmel, M.S. (1986). Introduction: toward men's studies. *American Behavioural Scientist, 29*(5), 517-529.

Kimmel, M.S. (1987). Rethinking 'Masculinity': New Direction in Researeh. En M.S. Kimmel (Ed.), *Changing Men New Directions in Research on Men and Masculinity* (pp. 9-24). Newbury Park, CA: Sage.

Kimmel, M. (1994). Masculinity as Homophobia: Fear, Shame, and Silence in the Construction of Gender Identity. In H. Brod and M. Kaufman (Ed.), *Theorizing Masculinities* (pp. 119-141). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kimmel, M.S., Hearn, J. i Connell, R.W. (2005). Handbook of studies on men and masculinities. London: Sage.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman A. (1997). Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press.

Kleinman A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. In G. B. Peterson (Ed.). The Tanner lectures on human values (Vol. 20) (pp. 357-420). Salt Lake City: University of Utah Press.

Kleinman A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainity and danger*. Oxford: Oxford University Press.

Kleinman, A., i van der Geest, S. (2009). Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie, 21*(1), 159-168.

Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *Lancet, 375*(9725), 1518-9.

Kobau, R., Dilorio, C., Chapman, D., Delvecchio, P., i SAMHSA/ CDC Mental Illness Stigma Panel Members. (2010). Attitudes about mental illness and its treatment: Validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. Community Mental Health Journal, 46(2), 164-176.

Komiya, N., Good, G., i Sherrod, N. (2000). Emotional openness as a predictor ofcollege students' attitudes toward seeking psychological help. Journal of Counseling Psychology, 47, 138-143.

Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., i Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. Br J Psychiatry, 191, 29-36.

Koskelainen, M., Sourander, A. y Vauras, M. (2001). Self- reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. European Child i Adolescent Pychiatry,10, 180-185.

Køster, A., Lajer, M., Lindhardt, A, Rosenbaum, B. (2008). Gender differences in first episode psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43, 940-6.

Kovess-Masfety, V., Boyd, A., van de Velde, S., de Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M., Florescu, S., O'Neill, S., Weinberg, L., Alonso, J., Alonso, J., i EU-WMH investigators (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the european union? Results from the EU-world mental health survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 68*(7), 649-656.

Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., i Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review, 32*(4), 496–505.

Kupers, T. A. (1993). *Revisioning men's lives: Gender, intimacy, and power*. New York: Guilford.

**L**

Lacerda-Poton, W., Gonçalves-Soares, A. L., i Gonçalves, H. (2018). Internalizing and externalizing behavior problems and substance use in adolescence. *Cadernos de Saude Publica, 34*(9).

Laclau, E. i Mouffe, C. (1985). *Hegemony and Socialist Strategy*. London: Verso.

Lamont, E. (2015). The limited construction ofan egalitarian masculinity college-educated men's dating and relationship narratives. *Men and Masculinities, 18*, 271–292.

Landeen, J. L. (2007). Schizophrenia: effects of perceived stigma on two dimension of recovery. *Clinical Schizophrenia, 1*, 64-69.

Lander, E. (Comp.) (1993). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires, CLACSO. Recuperat de http://www.clacso.org/wwwclacso/espanol/html/libros/lander/1.pdf.

Landstedt, E., Asplund, K., i Gillander Gådin, K. (2009). Understanding adolescent mental health: The influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Sociology of Health and Illness, 31*(7), 962-978.

Lane, J. M., i Addis, M. E. (2005). Male gender role conflict and patterns of help seeking in Costa Rica and the United States. Psychology of Men i Masculinity, 6(3), 155–168.

Langarita, J.A. (2015) *En tu árbol o en el mío.* Ed. Bellaterra: Barcelona.

Lappin, J.M., Morgan, K., Morgan, C. Hutchison, G., Chitnis, X., Suckling, J., Fearon, P., McGuire, P.K., Jones, P.B., Leff, J., Murray, R.M., i Dazzan, P. (2006). Gray matter abnormalities associated with duration of untreated psychosis. Schizophr Res, 83, 145-53.

Laqueur, T. (1994). La Construcción del Sexo. Cuerpo y Género desde los Griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra.

Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Moe, L.C. (1996). First-episode schizophrenia. Early course parameters. *Schizophr Bull, 22*, 241-56.

Las Hayas, C., Izco-Basurko, I., Fullaondo, A., Gabrielli, S., Zwiefka, A., Hjemdal, O., Gudmundsdottir, D.G., Knoop,H.H., Olafsdottir,A.S.,Donisi,V., Carbone,S., Rizzi,S., Mazur,I., Krolicka-Deregowska,I. Morote,R., Anyan,F., Ledertoug,M.M., Tange,N., Kaldalons,I., Jonsdottir,B.J., González-Pinto,A., Vergara,I.,González,N., Medina,J.M., de Manuel, E., i on behalf of the UPRIGHT consortium (2019). UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: Study rationale and methodology for a European randomized controlled trial. *BMC Public Health, 19*(1), 1–10.

Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Lawrence, H.Y., Kleinman, A., Linka, B.G., Phelanc, J.C., Leed, S., i Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science i Medicine, 64*, 1524-1535.

Leach, C.W., i Smith, H. J. (2006). Bywhose standard? The affective implications ofethnicminorities comparisons to ethnic minority and majority referents. *European Journal of Social Psychology, 36*, 747-760.

Leff J., i Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Le Goff, A. (2012). Care, participation et délibération:polítiques du care et politique démocratique. En En M. Garrau i A. Le Goff, Politiser le care: perspectives sociologiques et philosophiques (pp. 101-114). Lormont: Le Bord de l'eau.

Lehne, Gregory (1998). Homophobia among Men: Supporting and Defining the Male Role. In M. Kimmel i M. Messner (Eds.), Men's Lives (p. 237-249). Boston, MA: Allyn and Bacon.

León, R., i López, M.J. (2003). Los adolescentes y los videojuegos. *Apuntes de Psicología, 21* (1), 1-10.

Leonardy, B i Staley, S. (2015). Affirm gender and sexual diversity within the school community. *Phi Dela Kappan, 97*(3), 69-73.

Leong, F., i Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counseling, 27*, 123−132

Levant, R.F. (1996). The new psychology of men. *Professional Psychology: Research and Practice, 27*(3), 259-265.

Levant, R.F. (2011). Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as a framework. *American Psychology, 66*(8), 765–776.

Levant, R. F., Wimer, D. J., i Williams, C. M. (2011). An evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and its relationships to masculinity and attitudes towards seeking psychological help among college men. *Psychology of Men i Masculinity, 12*(1), 26-41.

Levi, F., La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Saxena, S., Maulik, P. K., i Saraceno, B. (2003). Trends in mortal- ity from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 341-349.

Levtov, R.G., Baker, G., Contreras-Urbina,M., Heilman,B., i Verma, R. (2014). Pathways to Gender-Equitable Men: Findings from the International Men and Gender Equality Survey in Eitght Countries. Men and Masculinities, 17(1), 20-31.

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, RE.., Seeley, J.R., Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 133–144.

Leyser, O. (2003). Doing masculinity in a Mental Hospital. *Journal of Contemporany Ethnography, 32*(3), 336–359.

Lila M. (2010). Investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Intervención Psicosocial, 9*, 105- 10.

Lima-Serrano, M., Martínez-Montilla, J. M., Lima-Rodríguez, J. S., Mercken, L., i De Vries, H. (2018).

Design, implementation and evaluation of a web-based computer-tailored intervention to prevent binge drinking in adolescents: Study protocol. *BMC Public Health, 18*(1), 1–11.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders : An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *Sociological Review, 52*(1), 96-112.

Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., i Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511–541

Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke K., Williams, J.B., Hahn, S., Brody, D. i deGruy, F.(1996). Gender, quality of life and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-MD. *American Journal of Medicine, 101*, 526-533.

Livingston, J. D., i Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine, 71*(12), 2150–2161.

Lomas, C. (Comp.). (2003) *¿Todos los hombres son iguales? Identidad y cambios sociales.* Barcelona: Paidós Contextos.

Lomas, C. (2007). ¿La escuela es un infierno? Violencia escolar y construcción cultural de la masculinidad. *Revisa de educación, 342*, 83–101.

Lomas, T., Cartwright, T., Edginton, T. i Ridge, D. (2015). New Ways of Being a Man. *Men and Masculinities, 19*(3), 289-310.

López, O. (2016). De las pasiones a las emociones: causas de las enfermedades mentales. siglos XIX y XX. O. López y R. Enriquez. (Coord), *Cartografías emocionales las tramas de la teoría y la praxis (7-26)*. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).

López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P., Ferrer, M., i Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample. *Quality of Life Research, 22*(5), 1099–1104.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., i Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28*(1), 48-83

López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, S., i Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental, 7*(2), 80–87.

Lorber, W., i Garcia, H. A. (2010). Not supposed to feel this: Traditional masculinity in psychotherapy with male veterans returning from Afghanistan and Iraq. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(3), 296–305.

Lorente, M. (2009*). Los nuevos hombres nuevos*. Barcelona: Ediciones Destino.

Lowie, R. H. (1981). *Historia de la etnología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lozano, L. M., García-Cueto, E., i Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology, 4*, 73-79.

Lucksted, A., i Drapalski, A. L. (2015). Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38, 99-102.

Lukes, S. (1974). *Power: A Radical View*. Basingstoke: Macmillan.

Luo, X., Wang, Q., Wang, X., i Cai, T. (2016). Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. *BMC Psychiatry, 16*, 252.

## M

Maas, A., Cadinu, M., Guarnieri, G., i Grasselli, A. (2003). Sexual harassment under social identity threat: The computer harassment paradigm. Journal of Personality and Social Psychology, 85,853–870.

MacInnes, J. (1998).*The end of masculinity: The confusion of sexual genesis and sexual difference in modern society*. Buckingham, UK: Open University Press.

Mahalik, J. R., i Rochlen, A. B. (2006). Men's likely responses to clinical depression: What are they and do masculinity norms predict them?. Sex Roles, 55, 659–667.

Mahalik, J. R., Good, G. E., Tager, D., Levant, R. F., i Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. Journal of Counseling Psychology, 59(4), 591–603.

Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M. i Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men i Masculinity, 4*, 3-25.

Magovcevic, M., i Addis, M. E. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation. *Psychology of Men i Masculinity, 9*, 117-132.

Major, B., McCoy, S. K., Kaiser, C. R., i Quinton, W. J. (2003). Prejudice and self-esteem: A transactional model. In W. Stroebe, i M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (p. 77–104). London: Psychological Press.

Major, B., i O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review ofPsychology, 56*, 393-421.

Malin, B. J. (2010). Viral manhood: Niche marketing, hard-boiled detectives and the economics of masculinity. *Media, Culture i Society, 32*, 373-389.

Malla, A.K., Bodnar, M., Joober, R., i Lepage, M. (2011). Duration of untreated psychosis is associated with orbital-frontal grey matter volume reductions in first episode psychosis. *Schizophr Res, 125*, 13-20.

Mansfield, A. K., Addis, M. E., i Mahalik, J. R. (2003). "Why won't he go to the doctor?": The psychology of men's help seeking. *International Journal of Men's Health, 2*, 93–109.

Manzo, J. F. (2004). On the sociology and social organization of stigma: Some ethnomethodological insights. *Human Studies, 27*(4), 401–416.

Marcell, A. V., Klein, J. D., Fischer, I., Allan, M. J., i Kokotailo, P. K. (2002). Male adolescent use of health care services: where are the boys*?. Journal of Adolescent Health, 30*, 35-43.

Marcell, A.V., Ford, C.A., Pleck, J.H., i Sonenstein, F.L. (2007). Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use. Pediatrics, 119, e966–75.

Marqués-González, J.V. (1978). Sobre la alienación del varón. *El viejo topo, 19.*

Marcos Marcos, J., Avilés, N. R., del Río Lozano, M., Cuadros, J. P., i García Calvente, M. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men*. Global health action, 6*, 21134.

Marcos Marcos, J. (2015). *Masculinidades y salud pública: Perspectivas cualitativas desde un enfoque sensible al género*. (Tesi doctoral). Universidad de Granada.

Marí-Klose, P., Gómez-Granell,C., Brullet, C., i Escapa, S. (2008). Temps de les famílies: anàlisi sociològica dels usos dels temps dins de les llars catalanes a partir de les dades del Panel de Famílies i Infància, Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Martin, C.L. (1995). Stereotypes about children with traditional and nontraditional gender roles. *Sex Roles 33*(11/ 12), 727-751.

Martin, L. A., Neighbors, H. W. i Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs. women. *JAMA Psychiatry, 70*(10), 1100-6.

Martin,P.Y. (1998).Why can't a man be more like a woman? Reflections on Connell's masculinities. *Gender i Society,12*(4), 472-74.

Martínez-Hernáez, A. (1998). ¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una Antropología de la Esquizofrenia. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

Martínez-Hernáez, A. (2000). *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. London i New York, Routledge

Martínez-Hernáez A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez-Hernáez A., y Muñoz García A. (2010). Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. Salud Mental, 33( 3), 229-236,

Martínez-Hernáez, A. (2011). El dibujante de límites: Franz Boas y la (im)posibilidad del concepto de cultura en antropología. *Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*, *18*(3), 861–876.

Martínez-Hernáez, A. (2013). Antidepresivos y neuronarrativas en la era del sujeto cerebral. *Revista Interrogant, 13*.

Martínez-Hernáez, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., i Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative

study. *BMC Psychiatry, 14*, 124.

Martínez-Hernáez, A. (2014). La cerebralización de la aflicción. Neuronarrativas de los consumidores de antidepresivos en Cataluña. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (p.4346-4355). Tarragona: URV. Recuperat de http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/123/107/253-1

Martínez-Hernáez, A. (2015). Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad (2ª reimpressió). Barcelona: Anthropos.

Martínez-Hernáez, A., Carceller-Maicas, N., DiGiacomo, S. M., i Ariste, S. (2016). Social support and gender differences in coping with depression among emerging adults: a mixed-methods study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*(1), 2.

Martínez-Hernáez, A., i Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva, 13*(2), 267-278.

Martínez-Hernáez, A. (2019). Neuronarratives of Affliction: Antidepressants, Neuropolitics and the "Entrepreneur of Oneself". *Cult Med Psychiatry, 44*(2), 230-248.

Martínez-Hernáez, A., Pié-Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Morales-Sáez, N., Gracía-Santesmases, A., Bekele, D., i Alegre-Agís, E. (2020a). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Social Scince i Medicine, 23*(247), 112811.

Martínez-Hernáez, A., Pié-Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Algre-Agís, E., Morales-Sáez, N., Cela-Bertran, X., Bekele, D., Gracía-Santesmases, A., i Correa-Urquiza, M. (2020b). Crónica de un desencuentro: la medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En E.E. Epele, *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*. (pp. 79-102). iudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani - UBA

Martorell-Poveda, M. A., Martinez-Hernáez, A., Carceller-Maicas, N., i Correa-Urquiza, M. (2015). Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems, 9*(1), 1–11.

Marvin, R. Rosen, C., Reilly, J.L., Solari.H., Sweeney, J.A. (2007). Diagnostic and gender differences in first episode psychosis. *Schizophr Bull, 33*, 1225–1237.

Mattingly, M. J., Smith, K., i Bean, J. A. (2011). Unemployment in the great recession: Single parents and men hit hard. New Hampshire. Recuperat de https://pdfs.semanticscholar.org/4b83/c69c8027d87408244faed1f6966430bd1adf.pdf

Mauss, M.(1971). *Sociología y antropología*. Madrid: Ed. Tecnos.

McCarry, M. (2007). Masculinity studies and male violence: Critique or collusion?. *Women's Studies International Forum, 30*, 404-415.

McCormack, M. (2012). *The Declining Significance of Homophobia*. New York: Oxford University Press.

McCoy, S. K., i Major, B. (2003). Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1005-1017.

McCusker, M. G., i Galupo, M. P. (2011). The impact of men seeking help for depression on perceptions of masculine and feminine charac- teristics. *Psychology of Men i Masculinity, 12*, 275–284.

McElroy, A. i Townsend, P.K. (1996). *Medical anthropology in ecological perspective*. Boulder, CO: Westview.

McGladrey, M. L. (2015). Lolita is in the eye of the beholder: Amplifying preadolescent girls' voices in conversations about sexualization, objectification, and performativity. *Feminist Formations, 27*, 165-190.

McGrath, J., Saha, S., Welham, J., Saadi, O. El, MacCauley, C., i Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine, 22*(13), 1–22.

McGrath, J., Saha S, Chant D, Welham J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev, 30, 67–76.

McGuire, J.K., Anderson, C.R., Toomey, R.B., i Russell, S.T. (2010). School Climate for transgender youth. A mixed method invetigation of student expriences an school reponses. Journal of Youth Adolescence, 39, 1175-1188.

McKay, J. R., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., i Kabasakalian-McKay, R. (1996). Gender differences in

the relapse experiences of cocaine patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 184(10), 616-622.

McKenzie, S. K., Collings, S., Jenkin, G., i River, J. (2018). Masculinity, Social Connectedness, and Mental Health: Men's Diverse Patterns of Practice. *American Journal of Men's Health, 12*(5), 1247–1261.

McMahon, A. (1993). Male readings of feminist theory: The psychologization of sexual politics in the masculinity literature. *Theory and Society, 22*, 675-695.

McRuer, R. (2006). Compulsory able-bodiedness and queer/disabled existence, in L. J. Davis (Ed), *The disability studies reader* (301-308), New York: Routledge.

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.

Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.

Mead, M. (1994). *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva.

Meil, G. (1997). La participación masculina en el cuidado de los hijos en la nueva familia urbana española. *Papers, 55*, 77-99.

Meler, I. (2000). La Masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos. En M. Burín, y I. Meler, *Varones. Género y subjetividad masculina* (pp. 71-122). Buenos Aires: Paidos.

Melich, J.C. (2008). Antropología narrativa y educación. *Teor. educ., 20*, 101-124.

Melich, J.C (2010). *El otro de sí mismo.Por una ética desel cuerpo*. Barcelona: Editorial UOC.

Meltzer, H., Griffiths, C., Brock, A., Rooney, C., i Jenkins, R. (2008). Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *British Journal of Psychiatry, 193*, 73- 76.

Mellinger, T. N., i Liu, W. M. (2006). Men's issues in doc- toral training: A survey of Counseling Psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 196–204.

Menéndez, E.L. (1984). Transacciones y alternativas hacía una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya, 3*, (85-119).

Menéndez, E.L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Mèxic: CIESAS.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & saúde coletiva, 8*(1):185-207.

Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social, 14*, 33–69.

Menéndez, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud*. Tarragona: Publiacions URV.

Mercadé-García, O. (2011). *Identitat cultural versus identificació política: saber psiquiàtric i itineraris d'aflicció* (Tesi de Màster). Universitat de Barcelona. Barcelona.

Merikangas, K.R., He J-p, Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet C., Georgiades, K., *i* Swendsen, J.(2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(10):980-9.

Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona: Península.

Messner, M. A. (1990). When bodies are weapons: Masculinity and violence in sport. *International Review for the Sociology of Sport, 25*, 203–220.

Messner, M. A., i Sabo,D. (Eds.). (1990). *Sport, men, and the gender order: Critical feminist perspectives*. Champaign, IL: Human Kinetics Books.

Messner, M. A. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Boston, MA: Beacon Press.

Messner, M. A. (2007). The masculinity of the governator: Muscle and compassion in American politics. *Gender i Society, 21*, 461-480.

Messerschmidt J. (1993). *Masculinities and crime: critique and reconceptualization of theory*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield.

Messerschmidt J. (*2000). Nine lives: Adolescent masculinities, the body, and violence.* Boulder, CO: Westview.

Messerschmidt, J.W. (2008). And now, the rest of the story: a commentary on Christine Beasley's rethinking hegemonic masculinity in a globalizing world. *Men and masculinities, 11* (1), 104–108.

Messerschmidt, J. (2010). *Hegemonic Masculinities and Camouflaged Politics*. Boulder: Paradigm Publishers.

Messerschmidt, J. W. (2012). Engendering Gendered Knowledge: Assessing the Academic Appropriation of Hegemonic Masculinity. *Men and Masculinities, 15*(1), 56–76.

Messner, M. A. (1992). *Power at play: Sports and the problem of masculinity*. Boston: Beacon.

Messner, M. A. (1993). Changing men and feminist politics in the United States. *Theory and Society*, 22,723–737.

Messner, M. (2007). The Masculinity of the Governator. *Gender i Society 21*(4): 461–80.

Mezulis, A., i Harding, K. (2016). Gender Differences and Similarities in Mental Health. In H.S. Friedman, *Encyclopedia of Mental Health: Second Edition (Vol. 2),* (262-268). California: ElServier.

Michalewicz, Alejandro, & Pierri, Carla, & Ardila-Gómez, Sara (2014). Del proceso de salud/ enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones, 21*,217-224.

Miles, J., i Gilbert, P. (Eds.). (2005). *A handbook of research methods for clinical and health psychology*. Oxford University Press.

Milner, A., Page, A., i LaMontagne, A. D. (2012). Duration of unemployment and suicide in Australia over the period 1985- 2006: An ecological investigation by sex and age during rising versus declining national unemployment rates. *Journal of Epidemiology i Community Health, 67,* 237-244.

Milner, A., Page, A., i LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta- analysis. *PLoS ONE, 8*(1), e51333.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014a). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (España). Recuperat de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion /sistemaIn- formacion.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014b). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (España). Recuperat de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion / promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Cuestionarios

Missé, M.(2013). Transexualidades: otras miradas posibles. Barcelona: Editorial. Egales.

Missé,M. (2018). A la conquista del cuerpo equivocado. Barcelona: Editorial. Egales.

Molinier, P. (2013). Le travail du care. Paris: La Dispute.

Moller-Leimkuhler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable?. European Archives of Psychiatry i Clinical Neuroscience, 253, 1-8.

Moore, H.L. (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., i Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria, 18*(Supl. 1), 175-181.

Mora-Ríos, J., i Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental, 37*(4), 303-312.

Morgan, V.A., Castle,D.J., Jablensky, A.V.(2008). Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorder. *AustNZJ Psychiatry, 42*, 74-82.

Moser, P.K.(2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocational Behav, 74*, 264-82.

Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 79(*2), 261-274.

Moses, T. (2009b). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *Am J Orthopsychiatry. 79*, 261-274.

Moses, T. (2011). Stigma Apprehension Among Adolescents Discharged From Brief Psychiatric Hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(10), 778–789.

Moses, T. (2014). Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Social Science and Medicine, 109*, 26–34.

Munsch, C. L., i Gruys, K. (2018). What Threatens, Defines: Tracing the Symbolic Boundaries of Contemporary Masculinity. *Sex Roles, 79*(7–8), 375–392.

Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R., i Moreno, R. (2005). *Análisi de los ítiems*. Madrid: La Muralla.

Muñiz, J., García-Cueto, E. i Lozano, L. M. (2005). Item format and the psychometric properties of the Eysenck Personality Questionnaire*. Personality and individual differences*, 38, 61-69.

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., i Guillén, A. I. (2004). *Estigma y Salud Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., i Guillén, A.I. (2009). El estigma de la enfermedad mental. Madrid: Ed. Complutense.

Muñoz-Sánchez, H. (2015). *Hacerse hombre. la construcción de masculinidades desde las subjetividades: un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos* (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid. Madrid.

Muris, P., Meesters, C., i van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--fur- ther evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. European Child i Adolescent Pychiatry, 12, 1-8.

Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry, 47*:383-392.

## N

Nagle, A. (2017). *Muerte a los normies.* Madrid: Traficantes de sueños.

Nathanson, C. (1977). Sex roles as variables in preventive health behaviour. *Journal of Community Health, 3* (2), 142-155.

National Institute of Mental Health England (2004). Scoping review on mental health anti-stigma and discrimination. Recuperat el dia 25 de febrero e 2020 de www.nimhe.og.uk/antistigma/whatworks

Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisisi de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud, 28*, 25-31.

Neff, J.A., Prihoda, T.J. i Hoppe, S.K. (1991). "Machismo", self-esteem, education and high maximum drinking among Anglo, Black and Mexican-American male drinkers. *Journal of Studies on Alcohol 52*, 458-463.

Netchaeva, E., Kouchaki, M., i Sheppard, D. (2015). A man's (precarious) place: Men's experienced threat and self- assertive reactions to female superiors. *Personality and Social Psychology Bulletin, 41*(9), 1247–1259.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, Ch.B., Kessler, R.C., iLee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemio Rev, 30*(1), 133-154.

Nolasco, P. (2018). Erving Goffman y Judith Butler: Un diálogo en clave de género Patricia. En G. Vergara, Sánchez, A. i Fernánez, A. (Coord.). *Diálgoso interdisciplinarios desde las ciencias sociales, (p.17-32).* Mèxic:Enfoque académico. Univesridad de Colima.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. i Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 5, 1061-72.

Nietzsche, F. (1972). *La genealogía de la moral*. Madrid: Alianza Editorial.

## O

Oakley, P., Kisely, S., Baxter, A., Harris, M., Desoe, J., Dziouba, A., i Siskind, D. (2018). Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 102*, 245-253.

Obertament (2018). *Estigma. Historias de vida contra el estigma en salud mental*. Barcelona: Fragile Moviment.

O'Brien, R., Hunt, K., i Hart, G. (2005). "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science i Medicine, 61*, 503–516.

O'Brien, R., Hunt, K., i Hart, G. (2007). Standing out from the herd: men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness. *International Journal of Men's Health, 6*(3), 178-200.

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions 2017. (2018). Recuperat el 5 de setembre de 2019 de http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf

Observatorio de la Juventud en España (INJUVE). Desmontando a ni-ni. Un estereotipo juvenil en tiempos de crisis. Recuperat el 10 d'Octubre de 2019 de http://www.injuve.es/sites/default/files/9206-01.pdf

O'Connor, E. C., Ford, T. E., i Banos, N. C. (2017). Restoring Threatened Masculinity: The Appeal of Sexist and Anti-Gay Humor. *Sex Roles, 77*(9–10),

Ogdon, B. (1992). Hard-boiled ideology. *Critical Quarterly, 34*, 71-87.

Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., i Beharry, J. (2018). Heads Up Guys: Canadian online resource for men with depression. Canadian Family Physician, 64, 93–94.

Olavarría, J. (2006). Hombres e identidad de género: algunos elemento. En G. Careaga y S. Cruz (Coords.), *Debates sobre masculinidades* (p. 115-131). México: UNAM PUEG.

Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Gray, R. E., Ogrodniczuk, J. S., i Galdas, P. M. (2010). Masculinities and college men's depression: Recursive relationships. *Health Sociology Review, 19*, 465–477.

Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., i Wong, S. T. (2011). "He's more typically female because he's not afraid to cry": Connecting heterosexual gender relations and men's depression. *Social Science i Medicine, 73*, 775–782.

Oliffe, J.L., Robertson, S., Kelly, M.T., Roy, P., i Ogrodniczuk, J.S. (2010). Connecting masculinity and depression among international male university students. Qualitative Health Research 20, 987–998

Oliffe, J. L., Han, C. S., Ogrodniczuk, J. S., Phillips, J. C., i Roy, P. (2011). Suicide from the perspectives of older men who experience depression: A gender analysis. *American Journal of Men's Health, 5*, 444-454.

Oliffe, J.L., Ogrodniczuk, J.S., Bottorff J.L., Johnson, J.L. i Hoyak, K. (2012). "You feel like you can'tlive anymore": Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Soc Sci Med, 74*, 506–514.

Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Gordon, S. J., Creighton, G., Kelly, M. T., Black, N., i Mackenzie, C. (2016). Stigma in Male Depression and Suicide: A Canadian Sex Comparison Study. *Community Mental Health Journal, 52*(3), 302-310.

Oliffe, J. L., Broom, A., Kelly, M. T., Bottorff, J. L., Creighton, G. M., i Ferlatte, O. (2018). Men on Losing a Male to Suicide: A Gender Analysis. *Qualitative Health Research, 28*(9), 1383–1394.

O'Neil, J.M., Good, G.E. i Holmes, S. (1995). Fifteen years of theory and research on men's gender role confict: new paradigms for empirical research. In R.F. Levant i W.S. Pollack (Eds.), *A New Psychology of Men (*164-206). New York: BasicBooks.

O'Neil, J. M. (2012). The psychology of men. In E. M. Altmaier i J.-I. C. Hansen (Eds.), *The Oxford handbook of counseling psychology* (p.375-408). New York: Oxford University Press.

O'Neil, R. (2015). Whither critical masculinity studies? Notes on inclusive masculinity theory, postfeminism, and sexual politics. *Men and Masculinities, 18*, 100-120.

Oquendo, M. A., Ellis, S. P., Greenwald, S., Malone, K. M., Weissman, M. M., i Mann, J. J. (2001). Ethic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1652-1658.

Oquendo, M. A., Kamali, M., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Malone, K. M., Brodsky, B. S., Sackeim, H.A.,i Mann, J. J. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: A prospective study. American Journal of Psychiatry, 159(10), 1746-51.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperat el 5 de setembre de 2019 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Ortega, F.(2009). Neurosciences, neuroculture and cerebral self-help. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, 13(31), 247-260.

Ortiz-Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.

Ortner, Sh., i Whitehead, H. (1981). *Sexual Meanings: The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre i Riba, S., i Muñiz, J., (2015a). Screening mental health problems during adolescence: Psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J. Adolesc, 38*, 49-56.

Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, J., Aritio-Solana, R., Moreno, A., Chocarro de Luis, E., Schumann, G., Cattrell, A., Herta Flor, H., Nees, F., Banaschewski, T., Bokde, A., Whelan, R., Buechel, C., Bromberg, U., Conrod, P., Frouin, V., Papadopoulos, D., Gallinat, J., Garavan, H., Heinz, A., Walter, H., Struve, M., Gowland, P., Paus, T., Poustka, L., Martinot, J., Paillère-Martinot, M., Vetter, N.C., Smolka, M.N., Lawrence, C., i the IMAGEN consortium., (2015b). New Evidence of Factor Structure and Measurement Invariance of the SDQ Across Five European Nations. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry, 24*, 1523-1534.

Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., i Fonseca-Pedrero, E. (2018). Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012. *Psychiatry Research, 259*, 236–242.

Owen, J., Wong, Y. J., i Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapist' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*(4), 448–458.

## P

Padesky, C. A., i Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles, 7*(3), 309–320.

Padrón, A., Galán, I., i Rodríguez-Artalejo, F.(2012). Behavioral Risk Factors and Mental Health: Single and Cluster Associations in Spanish Adolescents. *Journal of Developmental i Behavioral Pediatrics*, 33(9), 698-704.

Palermo, H. M. (2017). *La producción de la masculinidad en el el trabajo petrolero*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Parella-Rubio, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
Pascoe, C. J. (2005). Dude, You're a Fag. Berkeley: University of California Press.

*Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., i McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge.* The Lancet, 369*, 1302-1313.*

Patrick, S., i Robertson, S. (2016). Mental health and wellbeing: focus on men's health. *British Journal of Nursing, 25*(21), 1163-1169.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., i Bracke, P. (2014). Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. *Psychiatric Services, 65*(2), 232-238.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., i Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(7), 1089–1095.

Paul K.I., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. J Vocat Behav, 74(3):264-282.

Pease, B. (2001). Moving beyond mateship: Reconstructing Australian men's practices. En B. Pease i K. Pringle (Eds.), *A man's world? Changing men's practices in a globalized world* (191-204). London and New York: Zed books.

Pease, B. (2002). (Re)Constructing men's interests. *Men and Masculinities, 5*, 165-177.

Peate, I. (2010). The mental health of men and boys: an overview. Br J Nurs, 19(19), 1231-5.

Pederson, E. L., i Vogel, D. L. (2007). Male gender role conflict and willingness to seek counseling: Testing a mediation model on college-aged men. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 373-384.

Pedersen, E. R., i Paves, A. P. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatry Research, 219*(1), 143–150.

Penn, D., i Wykes, T. (2003). Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health, 12*, 203-208.

Pera, C. (2009). *El cuerpo silencioso*. San Sebastian: Triacastella Ed.

Pereda, N., Abad, J., Guilera, G., i Arch, M. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria, 29*(5), 328–334.

Pérez, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Perkings, S. (2015). *Hegemonic masculinity and its effect on attitudes toward seeking professional psychological help*. (Tesi doctoral). Northeastern University Boston. Massachusetts.

Petersen, A. (1998).Unmaskingthe masculine: “Men”and“identity” in a sceptical age. London:Sage.

Petersen, A. (2003). Research on men and masculinities: Some implications of recent theory for future work. *Men and Masculinities 6*(1), 54-69.

Pfaffendorf, J. (2017). Sensitive cowboys: Privileged young men and the mobilization of hybrid masculinities in a therapeutic boarding school. *Gender i Society, 31*, 197–222.

Phillips, D.L. (1964). Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. *Am Sociol Rev, 29*, 679-687.

Philo, G. (1996). *Media and mental illness*. London: Longman.

Piccinelli, M., i Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: critical review. British Journal of Psychiatry, 177, 486–92.

Pié-Balaguer, A.i García-Santesmases, A.(2015).La voz de las subalternas. Cinco narratives de mujeres resistentes. En M. Fraixenet-Mateo (coord.), *Génere i diveritat funcional. Una violència invisible* (p.253-328). Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials (UAB).

Pié-Balaguer, A. (2019). La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Pike, K. L. (1967). *Language in relation to a unifi ed theory of the structure of human behavior* (2nd ed.). The Hague, Netherlands: De Gruyter.

Pitt-Rivers, J. (1971). *The people of the Sierra* (2nd ed.). Chicago: Chicago University Press.

Pitt-Rivers, J. (1979). *Antropología del honor o política de los sexos: Ensayos de antropología mediterránea*. Barcelona: Critica.

Planella, J. (2006*). Cuerpo, cultura y educación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Planella, J. (2017). Pedagogías sensibles. Sabores y saberes del cuerpo y la educación. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Planella, J., i Jiménez, J. (2019). Gramáticas de un mundo sensible. De corpógrafos y corpografías.

Utopía y Praxis Latinoamericana, 24(87), 1-11.

Pleck, J.H. (1981*). The Myth of Masculinity*. Cambridge: MIT Press.

Pleck, J.H., Sonenstein, F.L. i Ku, L.C. (1994). Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. In R.D. Ketterlinus i M.E. Lamb (Eds.), *Adolescent Problem Behaviours: Issues and Research (16-186).* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., i Rosario-Hernández, E. (2014). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud i Sociedad, 4*(3), 250–263.

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., i Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry, 56*, 345-365.

Potts, M. K., Burnam, M. A., i Wells, K. B. (1991). Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment, 3*, 609-615.

Primack, J. M., Addis, M. E., Syzdek, M., i Miller, I. W. (2010). The men's stress workshop: A gender-sensitive treatment for depressed men. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 77-87.

Prior, L., Wood, F., Lewis, G., i Pill, R. (2003). Stigma revisited disclosure of emotional problems in primary care consultations in wales. *Social Science Medicine, 56* (10), 2191-2200.

Prior, P. M. (2005). *Gender and Mental Health*. London: Macmillan.

Promundo (2011). What men have to do with it? Public Policies to Promote Gender Equality. Recuperat de: https://promundoglobal.org/resources/what-men-have-to-do-with-it-public-policies-to-promote-gender-equality/

Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.

Pujal-Llombar, M. (2018) Aauntes para una "salud mental" inclusiva: duelo a 159 la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiència. En M.T. Climent y M. Carmona

(Coord.), *Transpsiquiatría. Abordajes Queer en Salut Mental.* (pp.159-207). Madrid: AEN Digital.

Pyke, K.D. (1996). Class-based masculinities: the interdependence of gender, class and interpersonal power. Gender and Society, 10, 527-549.

## Q

Quijano, A. (2000). Colonialidad del Poder y Clasificación Social. *Journal of World-Systems Research 6*(2), 342-386.

## R

Ratele, K. (2015). Working through resistance in engaging boys and men towards gender equality and progressive masculinities. *Culture, Health and Sexuality*, 17, 144–158.

Ramazanoglu, C. (1992). On feminist methodology: Male reason versus female empowerment. *Sociology, 26*, 207-212.

Randell, E., Jerdén, L., Öhman, A., Starrin, B., i Flacking, R. (2016). Tough, sensitive and sincere: how adolescent boys manage masculinities and emotions. *International Journal of Adolescence and Youth, 21*(4), 486-498.

Rajmil, L., López-Aguilà, S., Penina, A. M., Bustos, A. M., Sanz, M. R., i Guiteras, P. B. (2010). Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *Anales de Pediatria, 73*(5), 233-240.

Rappaport, N., i Chubinsky, P. (2000). The meaning of psychotropic medications for children, adolescents, and their families*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(9), 1198-1200.

R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.

Reckelhoff, J. F. (2001). Gender differences in the regulation of blood pressure. Hypertension, 37, 1199-1208.

Redshaw, S. (2008). In the Company of Cars: Driving as a Social and Cultural Practice. Aldershot: Ashgate

Reiter, R. (1975). *Toward an Anthropology of women*. New York: Monthly Review Press.

Reeves-Sanday, P. (1981). *Female Power and Male Dominance: On the Origins of Sexual Inequality*. New York: Cambridge University Press.

Reynolds, K. J., Oakes, P. J., Haslam, S. A., Nolan, M., i Dolnik, L. (2000). Responses to powerless- ness: Stereotypes as an instrument of social conflict. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 4, 275-290.

Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., i Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. Journal of Affective Disorders, 151(3), 950–958.

Rice, S.M., Fallon, B.J., Aucote, H.M., Möller-Leimkühler, A., Treeby, M.S. i Amminger, G.P. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *Int J Soc Psychiatry, 61*:236–240.

Rice, S. M., Aucote, H. M., Parker, A. G., Alvarez-jimenez, M., Filia, K. M., i Amminger, G. P. (2017). Men's perceived barriers to help seeking for depression: Longitudinal findings relative to symptom onset and duration. *Journal of Health Psychology, 22*(5), 529–536.

Rice, S.M., Aucote, H.M., Eleftheriadis, D. i Möller-Leimkühler, A.M.(2018). Prevalence and coccurrence of internalizing and externalizing depression symptoms in a community sample of Australian male truck drivers. *Am JMens Health, 12*(1), 74-77.

Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs, 4*(5), 631-660.

Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A. I., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M., i Senon, J. L. (2013). Homicide, schizophrenia and substance abuse: a complex interaction. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, 61*(4), 339–350.

Richardson, D. (2010). Youth Masculinities: Compelling Male Heterosexuality. *The British Journal of Sociology*, 61, 737-56.

Ritsher, J. B., i Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*(3), 257–265.

Rickwood, D., Deane, F., i Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *Medical Journal of Australian, 187*(7), 35-39.

Rickwood, D. (2012). Entering the e-spectrum. Youth Stud Australia, 31, 18–27.

Riesman,D. (1953). *The Lonely Crowd.* Garden City: Doubleday and Anchor Books.

Rihmer, Z., Belso, N., i Kiss, K. (2002). Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry, 15*, 83-87.

Riska, E. (2000). Women's health: issues and prospects. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 84-87.

Riska, E. (2009). Men's Mental Health. En A. Broom, i P. Tovey, *Men's Health: Body, Identity and Social Context (*p. 145-162). Chichester (United Kingdom): John Wiley i Sons Ltd.

Robertson, J. M. (2001). Counseling men in college settings. In G. Good (Ed.), The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches (pp. 146-169). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Robinson, S. (2000). *Marked Men: White Masculinity in Crisis*. New York: Columbia.

Robinson, V. (2003). Radical revisionings? The theorizing of masculinity and (radical) feminist theory. *Women's Studies International Forum, 26*, 129-137.

Rochlen, A. B., Whilde, M. R., i Hoyer, W. D. (2005). The Real Men, Real Depression campaign: Overview, theoreti- cal implications, and research considerations. Psychology of Men i Masculinity, 6, 186–194.

Rochlen, A.B., Paterniti, D.A., Epstein, R.M., Duberstein, P., Willeford, L., Kravitz, R.L. (2009). Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *Am JMens Health, 4*:167–175.

Rochlen, A. B., i Rabinowitz, F. E. (Eds.). (2014). Breaking barriers in counseling men: Insights and innovations. New York, NY: Routledge/Taylor i Francis Group.

Rogers, A. A., Updegraff, K. A., Santos, C. E., i Martin, C. L. (2016). Masculinity and school adjustment in middle school. Psychology of Men i Masculinity, 18(1), 50-61.

Roness, A., Mykletun, A., i Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 111, 51-58.

Rønning, J. A., Handegaard, B. H., Sourander, A., i Mørch, W. T. (2004). The Strengths and Difficulties Self-Re- port Questionnaire as a screening instrument in Norwe- gian community samples. European Child i Adolescent Pychiatry, 13, 73-82.

Rosa, M. C. (2014). Theories of the South: Limits and perspectives of an emergent movement in social sciences. *Current Sociology, 62*(6), 851–867.

Rosaldo-Millán, M. J., García-García, F., Alfeo-Álvarez, J. C. A., i Rodríguez-Rosado, J. (2014-15). El suicidio masculino: Una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433-492.

Rosaldo, M. i Lamphere, l. (Eds.). (1974). *Woman, Culture and Society*. Stanford: Standford University Press.

Rosaldo, R. ( 1989). *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon Press.

Rose, D. (2018). A hidden activism and its changing contemporary forms: Mental health service users / survivors mobilising. *Journal of Social and Political Psychology, 6*(2), 728-744.

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.* La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria.

Rosenfield. S. (1982). Sex roles and societal reactions to mental illness: the labeling of 'deviant' deviance. *J Health Soc Behav 23*, 18-24.

Rosenfield, S. (1997). Labelling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review, 62*, 660–772.

Rotermann, M.(2007). Marital breakdown and subsequent depression. *Health Rep, 18*(2):33-44.

Roy, P., Tremblay, G., i Robertson, S. (2014). Help-seeking among male farmers: Connecting masculinities and mental health*. Sociologia Ruralis, 54*(4).

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 30, 95-145.

Ruchkin, V., Jones, S., Vermeiren, R., i Schwab-Stone, M. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire: The Self-Report Version in American Urban and Suburban Youth. Psychological Assessment, 20, 175-182.

Ruiz M.A., Montes, J.M., Correas-Lauffer, J., Alvarez, C., Mauriño J., i de Dios Perrino C. (2012) Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). Rev Psiquiatr Salud Ment, 5, 98-106.

Ruíz-Olabuénaga, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

Rutz, W. i Rihmer, Z. (2009). Suicide in men: Suicide prevention for the male person. In D. Wasserman i C. Wasserman (Eds.), Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective (pp.249-255). Oxford: Oxford University Press.

## S

Sabo, D. i Gordon, D.F. (Eds.). (1995). *Men's health and illness: Gender, power and the body*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sabo, D. (2000). Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Population i Development Studies.

Sacchi, M., Hausberger, M., i Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva, 3*(3), 271-283.

Saha, S., Chant, D.C., Welham ,J.L., i McGrath, J.J. (2006). The incidence and prevalence of schizophrenia varies with latitude. Acta Psychiatr Scand, 114, 36-39.

Salas-Soneira, M. (2017). *Acción socioeducativa y locura. Tramas, narrativas y experiencias en el ámbito de la salud mental en Galicia* (Tesi doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona.

Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.

Salisbury, J. i Jackson, D. (1996). *Challenging macho values: Practical ways of working with adolescent boys*. Washington, DC: Falmer.

Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine, 36* (1), 7-14.

Sánchez-López, M.P., Rivas-Diez, R., i Cuéllar-Flores,I. (2012). Masculinity and femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in spanish university students. *Health and adictions, 13*(1), 15-22.

Sartorius, N., i Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge University Press: Cambridge.

Sarvan, D. (1998). *Taking It Like A Man: White Masculinity, Masochism, and Contemporary American Culture*. Princeton: Princeton University Press.

Sayce, L. (2003). Beyond good intentions: making anti-discrimination strategies work. Disability i Society, 18(5), 625-642.

Schmitt, M. T., i Branscome, N. R. (2002). The meaning and consequences of perceived discrimination in disadvantaged and privileged social groups. In W. Stroebe, i M. Hewstone (Eds.), *European Journal of Social Psychology* (p. 167–199). London: Psychological Press.

Segal, L. (1990). *Slow motion: Changing masculinities, changing men*. London: Virago.

Segarra, M. I Carabí, A. (Eds.) (2000). *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria.

Segato, R.L. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoánalisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Segato, R.L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.

Seidler, V.J. (2000). *La sinrazón masculina: masculinidad y teoría social*. México: Paidós.

Seidler J., V. (2006). *Masculinidades. Culturas Globales y vida íntimas*. España: Montesinos Ensayo.

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., i Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 49*, 106–118.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Fogarty, A. S., i Dhillon, H. M. (2017). Men in and out of treatment for depression: Strategies for improved engagement. *Australian Psychologist, 1–11*.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., i Dhillon, H. M. (2018a). Engaging Men in Psychological Treatment: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health, 6*.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M., i Herrman, H. (2018b). Why it's time to focus on masculinity in mental health curricula and clinical practice. *Australasian Psychiatry, 6*, 1-3.

Selten, J. P., van der Ven, E., i Termorshuizen, F. (2019). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med, 6*, 1–11.

Sender, K. (2006). Queens for a day: Queer eye for the straight guy and the neoliberal project. *Critical Studies in Media Communication, 23*, 131-151.

Sexton,P. (1969). *The Feminized Male*. New York: Random House.

Seymour-Smith, S., Wetherell, M., i Phoenix, A. (2002). "My wife ordered me to come!" a discursive analysis of doctors' and nurses' accounts of men's use of general practitioners. *Journal of Health Psychology, 7*, 253–267.

Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. Symbolic Interaction, 26, 239-262.

Schippers, M. (2000). The Social Organization of Sexuality and Gender in Alternative Hard Rock. Gender i Society 14(6), 747–64.

Schippers, M. (2007). Recovering the feminine other: Masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theory and Society, 36*,85–102.

Scholz, B., Crabb, S., i Wittert, G. A. (2014). "We've got to break down the shame": Portrayals of men's depression. *Qualitative Health Research, 24*(12), 1648–1657.

Schraedley, P.K., Gotlib, I.H., i Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health, 25*(2), 98-108.

Schrock, D., i Schwalbe, M. (2009). Men, Masculinity, and Manhood Acts. *Annual Review of Sociology*, *35*(1), 277–295.

Sierra Hernandez, C. A., Han, C., Oliffe, J. L., i Ogrodniczuk, J. S. (2014). Understanding help-seeking among depressed men. Psychology of Men and Masculinity, 15(3), 346–354.

Siles-González, J. (2006). La historia basada en fuentes orales. Arch Memoria, 3(1).

Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L., i Fridlund, B. (2003). A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. International Journal of Nursing Studies, 40, 153–162.

Smith, J.A., Braunack-Mayer, A., i Wittert, G. (2006). What do we know about men's help-seeking and health service use?. Med. J. Aust, 184, 81–3.

Soares, J. J., Macassa, G., Grossi, G., i Viitasara, E. (2008). Psychosocial correlates of hopelessness among men. Cognitive Behaviour Therapy, 37(1), 50-61.

Sontag, S. (1978). Illness as Metaphor. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Sourander, A., Koskelainen, M., Niemelä, S., Rihko, M., Ristkari, T., i Lindroos, J. (2012). Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: A 10-year time-trend study of Finnish adolescents*. European Child and Adolescent Psychiatry, 21*(12), 665-671.

Spendelow, J. S. (2015). Men's self-reported coping strategies for depression: A systematic review of qualitative studies. *Psychology of Men and Masculinity, 16*(4), 439-447.

Spivak, G. (1987). *In Other Worlds. Essays in Cultural Politics*. New York: Methuen.

Spivak, G. Ch. (2011). *¿Puede hablar el subalterno?.* Buenos Aires: El cuenco de plata.

Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Crameri, A., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Schulthess, P., i Tschuschke, V. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 27*(1), 74–88.

Stangor, C., Swim, J. K., Sechrist, G. B., DeCoster, J., Van Allen, K. L., i Ottenbeit, A. (2003). Ask, answer and announce: Three stages in perceiving and responding to discrimination. In W. Stroebe, i M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (p. 277-311). London: Psychological Press.

Statucka, M., i Walder, D. J. (2013). Efficacy of social cognition remediation programs targeting facial affect recognition deficits in schizophrenia: A review and consideration of high-risk samples and sex differences*. Psychiatry Research, 206*(2–3), 125–139.

Steele, C., Spencer, S. J., i Aronson, J. (2002). Contending with group image: The psychology of

stereotype and social identity threat. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (p. 379–440). San Diego, CA: Academic.

Stone, L.L., Otten, R., Engels, R.C., Vermulst, A.A., Janssens, J.M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year- olds: a review. Clin Child Fam Psychol Rev, 13, 254-74.

Stratton, K. J., Edwards, A. C., Overstreetb, C., Richardsond, L., Luong Trane, T., Tu Trung, L., Thanh Tam, N., Tran T., Thi Buoi,L., Thu-Ha, T., Duc-Thach, T., i Amstadter, A. (2014). Caretaker mental health and family environment factors are associated with adolescent psychiatric problems in a Vietnamese sample. *Physiology Res*, *220*(1-2), 453-460.

Strauss, A. L. (1987). Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press.

Strauss, C.L. (2005). Tristos tròpics. Barcelona: Anagrama.

Strokoff, J., Halford, T. C., i Owen, J. (2016). *Men and psychotherapy*. *APA Handbook of Men and Masculinities*. Washington, D.C.: American Psychological Association

Sukanta, S., Chant, D., Welham, J., i McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine, 2*(5), 413-433.

Sullivan, L., Camic, P. M. i Brown, J. S. L. (2015). Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *British Journal of Health Psychology, 20*(1), 194–211.

Suls, J., i Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology, 23*, 119-125.

Svedin, C. G., i Priebe, G. (2008). The Strengths and Diffi culties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 62,* 225-232.

## T

Tajer, D. J., Reid, G. B., Cuadra, M. E., Solís, M., Romeral, J. F., Saavedra, L. D., Lavarelo, M.L y Fabbio, R. P. (2020). Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. *Salud Colectiva, 15,* 22-56.

Tajfel, H., i Turner, J. C. (2004). The social identity theory of intergroup behavior. In J. T. Jost i J. Sidanius (Eds.), *Political psychology: Key readings* (p. 276-293). New York : Psychology Press.

Talarn, A., Sáinz, F i Rigat, A. (2014). *Relaciones, vivencias y psicopatología: Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Herder Editorial.

Tarducci, M. (2015). Antes de Franz Boas: mujeres pioneras de la antropología norteamericana. *Runa, 36* (2).

Terradas, I. (2000). La contradicción entre identidad cultural e identificación política. *Demófilo. Revista de cultura tradicional de Andalucía, 33/34*,31-42.

Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. The barriers to help- seeking. British *Journal of Addiction, 81*(6), 777–788.

Thomas, S.P.,i Nandhra, H.S.(2009). Early intervention in psychosis: a retrospective analysis of clinical and social factors influencing duration of untreated psychosis. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 11, 212-14.

Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., i Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems, 2*(3).

Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P. Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., i Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum dis- orders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis, 195*, 396-405.

Thrasher, F.M.(1927). *The Gang*. Chicago: University of Chicago Press.

Timlin-Scalera, R., Ponterotto, J., Blumberg, F., i Jackson, M. (2003). A grounded theory study of help-seeking behaviors among white male high school students. *Journal of Counseling Psychology, 50*(3), 339–350.

Tjepkema, M. (2008). *Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadian*s. Recuperat el 15 de Juliol de 2019 de http://thebridgebrant.com/wp-content/uploads/2014/03/Health-care-among-LGBT-Canada-stats-Can.pdf

Tomori, M., Zalar, B. i Plesnicar, B.K. (2000). Gender differences in psychosocial risk factors among Slovenian adolescent. Adolescence, 35, 139, 431-43.

Torns, T., Miguélez, F., Borràs, V., i Moreno, S. (2006). *El temps de treball: Balanç d'actuacions a la Unió Europea*. Barcelona: CESB.

Tronto, J. (2009). Un monde vulnerable: pour une politique du care. París: La Découverte.

Turner, J.C., Oakes, P.J., Hallam, S.A., i McGarty, C. (1994). Self and collective: Cognition and social context. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 454-463.

Tyson, E. H., Baffour, T. S., i DuongTran, P. (2010). Gender comparisons of self-identified strengths and coping strategies: A study of adolescents in an acute psychiatric facility. *Child and Adolescent Social Work Journal, 27*(3), 161–175.

## U

Unger, R. K. (2000). Outsiders inside: Positive marginality and social change. Journal of Social Issues, 56(1), 163-179.

## V

Valdés, T. y Olavarría, J. (1998). Ser hombre en Santiago de Chile: A pesar de todo, un mismo modelo. En T. Valdés y J. Olavarría (Eds.), *Masculinidades y equidad de género en América Latina* (pp. 12-35). Santiago, Chile: FLACSO/UNFPA.

Valdés, T. Y Olavarría, J. (Eds.), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, Chile: FLACSO/UNFPA.

Valiente, C. (2002). An overview of research on gender in Spanish society. *Gender and Society, 16*(6), 767-792.

Valls-Llobet, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s, 18*, 281- 290.
Valverde, C. (2015). De la necropolítica neoliberal a la empatía radical. Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización. Barcelona: Icaria.

Van der Berg, W., Hendricks, L., Hatcher, A., Peacock, D., Godana, P., i Dworkin, Sh. (2013). One Man Can': shifts in fatherhood beliefs and parenting practices following a gender-transformative programme in Eastern Cape, South Africa. *Gender i Development, 21*, 1, 111-125.

Van der Werf, M., Hanssen, M., Köhler S, Verkaaik, M., Verhey, F.R.; RISE Investigators, van Winkel, R., van Os. J., i Allardyce J. (2014). Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia*. Psychol Med, 44*, 9-16.

van de Looij-Jansen, P.M., Goedhart, A.W., De Wilde, E.J., Treffers, P.D., (2011). Confirmatory factor analysis and factorial invariance analysis of the adolescent self-report Strengths and Difficulties Questionnaire: How important are method effects and minor factors*?. Br. J. Clin. Psychol. 50*, 127-144.

Van der Ven, E., Veling, W., Tortelli, A., Tarricone, I., Berardi, D., Bourque, F., i Selten, J. P. (2016). Evidence of an excessive gender gap in the risk of psychotic disorder among North African immigrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(12), 1603-1613.

Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., i Joiner, T.E. Jr. (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev, 117*, 575-600.

Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., i Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39(2),* 179–195.

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S , i Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and diffi culties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specifi c results of the extended SDQ-question- naire. *European Child i Adolescent Psychiatry, 15*, 189-198.

van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., i Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Diffi culties Questionnaire (SDQ). *European Child i Adolescent Psychiatry, 12*, 281-289.
Van Zomeren, M., Postmes, T., i Spears, R. (2008). Collective action: Ameta-analysis*. Psychological Bulletin*, 134, 504-535.

Vassos, E., Pedersen, C.B., Murray, R.M., Collier, D.A., i Lewis, C.M.(2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull, 38*, 1118-23.

Vaughn G. (2004). Like Minds, Like Mine. In S. Saxena i P. Garrison (Ed.), Mental Health Promotion: Case Studies from Countries (pp. 62-66). Geneva: World Health Organisation.

Vazquez, V., i Castro, R. (2009). Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el medio universitario. *Revista mexicana de investigación educativa, 14* (42), 701-719.

Veenstra, K., i Haslam, S. A. (2000). Willingness to participate in industrial protest: Exploring social identification in context. British Journal of Social Psychology, 39, 153-172.

Velasco, S. (2007). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Recuperat el 5 de Juliol de 2018 de https://www.google.com/url?sa=tirct=jiq=iesrc=sisource=webicd=1ived=2ahUKEwjTh-mYofnoAhXCyYUKHfo8BaUQFjAAegQIARABiurl=http%3A%2F%2Fcoslada.es%2Fsemsys%2Ftesauro%2FvisorImagenes.sionid%3DFF5A48A6A181361703F316E37C03C6E3%3Foperacion%3DpintarImagen%26codigoTermino%3D1245%26codigoAtributo%3D1997%26nombreFichero%3DTeorias-y-enfoque-de-genero-2008.pdfiusg=AOvVaw08kc_GwR4kt3J93n6_TWWn.

Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behaviour 26*, 156-182.

Verkuyten,M. (1994). Self-esteem among ethnicminority youth inWestern countries. *Social Indicators Research, 32*, 21–47.

Verona, E., Patrick, C.J., i Joiner, T.E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *JAbnorm Psychol, 110*, 462-470.

Vidal, F. (2009). Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of Human Sciences, 2*(1), 5-36.

Vidiella, J., Herraiz, F., Henrández, F., i Sancho, J.M. (2010). Masculinidad hegemónica, deporte y actividad física. *Movimento, 16*(4), 93-115.

Vilanou, C. (2001). De la Paideia a la Bildung: Hacia unapedagogía hermenéutica. *Revista Portuguesa de Educação, 14*(2), 0.

Viveros, V. M. (2001). Contemporary Latin American perspectives on masculinity. *Men and Masculinities, 3*(3), 237-260.

Viveros, M. (2002). *Quebradores y cumplidores*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Viveros, M. (2009). Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafios recientes. En J.C. Ramírez y G. Uribe (Coords.), *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres* (pp. 25-42). Madrid: Plaza y Valdés.

Vogel, D. L., Wade, N. G., i Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 325-337.

Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., i Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self- stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. Journal of Counseling Psychology, 58, 368-382.

Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. Current Opinión in Psychiatry, 19, 367-372.

## W

Waling, A. (2019). Rethinking Masculinity Studies: Feminism, Masculinity, and Poststructural Accounts of Agency and Emotional Reflexivity. *Journal of Men's Studies, 27*(1), 89-107.

Wallace, S., Nazroo, J., i Bécares, L. (2016). Cumulative effect of racial discrimination on the mental health of ethnic minorioties in the United Kingdom. *Am J Public Health 106*(7): 1294–1300.

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat S., i Wells, J. E. (2007). Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Lancet, 370*, 841-850.

Wang, J., Fick, G., Adair, C., i Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorders, 103*(1-3), 91–97. doi:10.1016/j.jad.2007.01.010.

Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W., Jorm A, i Addington D. (2007). Depression literacy in Alberta: Findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(7), 442–449.

Wang, J., i Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. Journal of Affective Disorders, 110(1–2), 191–196. doi:10.1016/j.jad.2008.01.005.

Wannan, G. i Fombonne, E. (1998). Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. Journal of Adolescence, 21, 4, 371-81.

Ward, J. (2008). Dude-Sex: White Masculinities and 'Authentic' Heterosexuality among Dudes Who Have Sex with Dudes. Sexualities 11(4): 414–34.

Wasserman, D. (Ed.). (2000). *Suicide: An unnecessary death*. London, England: Martin Dunitz.

Wasylkiw, L., i Clairo, J. (2016). Help seeking in men: When masculinity and self-compassion collide. *Psychology of Men i Masculinity, 19*(2), 234-242.

Weber, M. (2002). *Economía y sociedad: Esbozo de sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de cultura económica.

Weissman, M. M., i Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry, 34*(1), 98–111.

West, C. i Fenstermaker, S. (1995). Doing difference. *Gender i Society*, 9(1), 8–37.

West, P. i Sweeting, H. (2003). Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 3, 399-411.

West, C. i Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender and Society, 1*(2), 125-151.

West, C., i Zimmerman, D. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender and Society, 23*(1), 112-122.

Wetherell, M. i Edley, N. (1999). Negotiating Hegemonic Masculinity: Imaginary Positions and Psycho-discursive Practices. *Feminism and Psychology 9*:335-56.

Whitehead, S. M.(1998). Hegemonic masculinity revisited. *Gender, Work, and Organization, 1,* 58-62.

Whitehead, S. (2002). *Men and masculinities: Key themes and new directions*. Cambridge, UK: Polity.

Whitley R, Adeponle A i Miller A.R.(2015). Comparing gendered and generic representations of mental illness in Canadian newspapers: an exploration of the chivalry hypothesis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 50*(2), 325-333.

Whyte, W.F. (1943). Street Corner Society. Chicago: University of Chicago Press.

Wetherell, M., i Edley, N. (1999). Negotiating hegemonic masculinity: Imaginary positions and psycho-discursive practices. *Feminism and Psychology, 9*(3), 335–356.

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York: Springer-Verlag.

Wilhelm, K., Parker, G., Geerligs, L., i Wedgwood, L. (2008). Women and depression: A 30-year learning curve. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(1), 3-12.

Wilhelm, K. (2014) Gender and mental health. Aust N Z J Psychiatry 48(7), 603-5.

Wilkins, A. (2009). Masculinity Dilemmas: Sexuality and Intimacy Talk among Christians and Goths. *Signs, 34*(2), 343-68.

Wilkins, D. (2010). *Untold Problems: a review of the essential issues in the mental health of men and boys.* London: Men's Health Forum.

Williams, C. (1999). Gender, adolescence and the management of diabetes. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 1160-11.

Williams, J.E. i Best, D.L. (1990). *Measuring Sex Stereotypes: A Multination Study*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Williams, L., i McBain, H. (2006). Integrating gender on multiple levels: A conceptual model for teaching gender issues in family therapy. *Journal of Marital i Family Therapy, 32*, 385–397.

Williams, J., Stephenson, D., i Keating, F. (2014). A tapestry of oppression. *The British Psychological Society, 27*(06), 406-409.

Willis, P. (1988). *Aprendiendo a trabajar. Cómo los chicos de la clase obrera consiguen trabajos de clase obrera*. Madrid: Edicaiones Akal.

Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., i Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television. *British Journal of Psychiatry, 176*, 440-443.

Wilson, S., i Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depres-sion on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 167-180.

Winkler, D., Pjrek, E., i Heiden, A. (2004). Anger attacks in depression: Evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy i Psychosomatics, 74*, 303-307.

Winkler, D., Pjrek, E., i Kasper, S. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health i Gender, 3(1),* 19-24.

Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona: Egales.

Witztum, E., Margolin, J., Bar-On, R., i Levy, A. (1995). Stigma, labelling and psychiatric misdiagnosis: Origins and outcomes. *Med Law, 14*, 659-69.

Wong, Y.J., Moon-Ho, R.H., Wang, Sh. i Miller, K. (2016). Meta-Analyses of the Relationship Between Conformity to Masculine Norms and Mental Health-Related Outcomes*. Journal of Counseling Psychology, 64*(1), 80-93.

World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease 2004*. Recuperat el 5 de Juliol de 2019 de https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Wolfgang, R., i Zoltan, R. (2007). Suicidality in men: Practical issues, challenges, solutions. *Journal of Men's Health i Gender, 4*, 393-401.

Wrong, D. (1979) *Power: Its Forms, Bases and Uses*. Oxford: Blackwell.

## Y

Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., i Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science i Medicine, 64*(7), 1524-1535.

Yao, S., Zhang, C., Zhu, X., Jing, X., McWhinnie, C. M., i Abela, J. R. (2009). Measuring adolescent psychopathology: psychometric properties of the self-report strengths and difficulties questionnaire in a sample of Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health, 45*, 55-62.

Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Ann. Rev. Anthrop*, 11, 257-285.

Yousaf, O., Grunfeld, E. A., i Hunter, M. S. (2015a). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review, 9*, 264–276.

Yousaf, O., Popat, A., i Hunter, M. S. (2015b). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help- seeking. *Psychology of Men i Masculinity, 16*, 234–237.

## Z

Zachrisson H.D., Rödje, K., i Mykletun, A. (2006) Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health, 16*, 6-34.

Zapata, M. (2019). *La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal.* (Tesi doctoral). Universidad del País Vasco. Donostia.

Zimmer-Gembeck, M. J., Waters, A. M., i Kindermann, T. (2010). A social relations analysis of liking for and by peers: Associations with gender, depression, peer perception, and worry. *Journal of Adolescence, 33*(1), 69-81.

Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P.F., Bensing, J.M., i Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 4,* 692-700.

# ANNEXOS

## ANNEX 1: TOTES LES RESPOSTES "CINC COSES QUE EM DEFINEIXEN COM A NOI"

| | RESPOSTA | REPETICIONS |
|---|---|---|
| **1** | **NATURALITZACIÓ i DIMENSIÓ BIOLÒGICA** | |
| **1** | Pene/Penis/Testicles/Tener pene/ Tinc penis/ La polla /Collons/ Tengo rabo /Genitals masculins/ Tenir membre viril /tenir /tenim penis /Sóc *friki* i dibuixo penes al *Maincraf* / | **90** |
| | Perquè tinc les parts baixes masculines/ Penjo dibuixos del Jesús (penes) per la classe/M'agrada dibuixar penes *kawaii* | |
| **2** | L'aparell reproductiu masculí /Tinc l'òrgan sexual masculí /L'òrgan reproductor /Órganos sexuales /Òrgan reproductor masculí /Semen /Tenim esperma /Pròstata | **28** |
| | | **118** |
| **3** | Barba / Em surt la barba /Pèls a la barba / No preocuparse por el bigote / Barba / Bigote /Em creix el bigoti /Chiquito barba /Barba abundante | **41** |
| **4** | Els pels /Som més peluts /Pel per la cara /Més pels /Som peluts /Pels pel cos /Pèl facial / Bello facial/ El pelo del pecho / Bello púbico abundante / Tinc tendència a que em surti més cabell al cos que a l'altre gènere | **26** |
| | | **67** |
| **5** | Soy Gen XY /Genètica /Tinc cromosoma XY | **5** |
| **6** | Metge / Perquè ho va dir el metge al néixer | **3** |
| **7** | Testosterona / Hormones masculines (testosterona) /Tinc més hormones que l'altre gènere | **3** |
| **8** | No puedo embarazarme / No tenir fills / No puc / podem parir /No puc *amamentar* al meu fill | **8** |
| **9** | El tono de voz /La voz/ Per la veu / Veu greu /Tenir la veu més greu /Tinc la veu greu /EL tipus de veu | **55** |
| **10** | El físic / La forma física/ El cos / La forma del meu cos/ Tamaño/ Forma (menys corba, més alçada, ...) / Pectorals/ L'estructura física/ La complexitat estructural del cos / | **51** |
| | *Caderas* estretes/ Rasgos físicos /Caràcters físics/ R*asgos* facials i físics / Físico /Tenir les espatlles més grans /La forma de la cara /EL cos físic normalment /Espatlles i alçada / | |
| | /Els nois normalment és de constitució gran / Constitució alta /Constitució més gran / Mans i peus grans /Aspecto físico / Tinc certa superioritat física en certs aspectes | |
| **11** | La nou /La nuez /La nuez en la garganta | **4** |
| **12** | Menys elàstic /Elasticitat | **1** |

| | | |
|---|---|---|
| **13** | Ausencia de vagina /No tenemos vagina | **3** |
| **14** | Ausencia de senos /No pits /No tinc tetes /No tinc pits /No tenim pits amb glàndules mamàries /Poco pecho /No tenemos mamas | **11** |
| **15** | No regla | **4** |
| **16** | Ser més fort /Més forts /Força / Ser fuerte /Más fuerza /Fuerza física (generalizado) /Normalment més força / Més fortalesa físicament que una dona | **9** |
| **17** | La musculatura /Músculs generalment forts /Los músculos /Facilidad para hecr los músculos visibles / Fer Peses /Musculitos /Anar al Gym | **8** |
| | | **17** |
| | | **349** |

| **2** | **COMPORTAMENT / ACTITUD / OCI / GUSTOS /AFICIONS** | |
|---|---|---|
| **1** | Jugar a la Play/ Jugar a videojocs / Jugar a la consola /Videojocs /Los hombres suelen jugar más a videojuegos /Gusto por los vídeojuegos (generalizado) | **12** |
| **2** | Leer | **1** |
| **3** | Hobbies /Gustos /Aficions /Aficions masculines | **13** |
| **4** | Gilipollez | **1** |
| **5** | Caràcter fuerte | **2** |
| **6** | Menos acercamiento | **1** |
| **7** | La forma de caminar | **2** |
| **8** | Voz más aguda | **1** |
| **9** | Comporatmiento sociológico / Comportament /Actitud /Tenir una actitud més impulsiva (normalment) /Personalidad /Compulsividad o Compulsivo | **11** |
| **10** | Manera de pensar / Mentalidad /Pensaments /Ver cosas de diferente manera /Idees o formes de pensar /Forma de pensar / Mente sucia / la mayoría de los chicos pensamos en sexo o en porno / Pervertido | **17** |
| **11** | Orgulloso /Orgullo | **2** |
| **12** | Forma de hablar/Forma de parlar | **4** |
| **13** | Forma de sentarse | **1** |
| **14** | Forma de relacionar-se | **1** |
| **15** | Color blau /El azul nos define/El azul nos define a los chicos /Azul /Me gusta el verde /Vermell | **6** |
| **16** | Me gusta el azul y el rojo /Negro, verde | **2** |

| | | |
|---|---|---|
| **17** | El Rosa | **1** |
| **18** | No fer tantes activitats a casa com fan les dones | **1** |
| **19** | Pixem drets /Mear de pie | **9** |
| **20** | Ver vídeos XXX | **2** |
| **21** | Nervioso | **1** |
| **22** | *Scoter* | **1** |
| **23** | Contenido del ordenador | **1** |
| **24** | Intel·ligència /Les capacitats mentals | **2** |
| **25** | Afición a historias de terror, de culto y ver experimentos hechos en humanos | **1** |
| **26** | La manzana de Adam | **1** |
| **27** | Hombros caídos | **1** |
| **28** | Divertit | **1** |
| **29** | Sóc molt agressiu /Som més violents /Violència /Agresividad /Agressiu | **13** |
| **30** | L'honor per sobre de tot | **1** |
| **31** | Protector | **1** |
| **32** | Agradar-te els cotxes /Motos /Motociclismo | **3** |
| **33** | Pensamientos machistas | **1** |
| **34** | Postura | **1** |
| **35** | Els actes, amable, etc. | **1** |
| **36** | Ajudar als demés | **1** |
| **37** | Forma de ser /Caràcter | **10** |
| **38** | Alcohol /Cervesa | **3** |
| **39** | Principios | **1** |
| **40** | Interessos | **1** |
| **41** | Fets /Les meves accions quotidianes /Les accions quotidianes / Formes de fer les coses | **4** |
| **42** | Seriedad | **1** |
| **43** | Responsabilidad | **1** |
| **44** | Treball | **1** |
| **45** | Sortir amb noies i nois | **1** |
| **46** | Dibuixar | **1** |
| **47** | Escoltar música variada | **1** |
| **48** | No fer cas dels altres | **1** |
| **49** | Fer les tasques de la casa | **1** |

| | | |
|---|---|---|
| **50** | Més immadur /Tarda més amb *desarrollarse* /La reproducció, un noi tarda més | **3** |
| **51** | Discreción | **1** |
| **52** | Dormir | **1** |
| **53** | Autoestima | **1** |
| **54** | Humor /Més bromistes | **2** |
| **55** | La manera de estudiar | **1** |
| **56** | Valentía | **2** |
| **57** | Inocente | **1** |
| **58** | Resiliencia | **1** |
| **59** | Bogeria | **1** |
| **60** | Activitat | **1** |
| **61** | Rudesa | **1** |
| **62** | Determinació | **2** |
| **63** | Directa | **2** |
| **64** | Les Joguines /Les joguines o objectes als que jugo | **2** |
| **65** | No m'agrada anar de compres | **1** |
| **66** | Diferència | **1** |
| | EXPRESSIÓ EMOCIONAL | **9** |
| **67** | Menos sentimental / Insensibilitat | **2** |
| **68** | Sentimientos | **2** |
| **69** | No tener miedo | **1** |
| **70** | Forma de sentir /Ràbia | **4** |
| | | **177** |
| | **ESPORTS I ACTIVITAT FÍSICA** | |
| **71** | Fer esport de contacte físic /Juegos de fuerza /Agradar-me les activitat físiques | **4** |
| **72** | Esports/ Fer esport/ Me gusta hacer deporte /L'esport que faig i els que m'agraden /Alguns esports /Deportes /Deportista | **14** |
| **73** | Futbol /Jugar a futbol/ Deportes como el fútbol /A la mayoría de los chicos les gusta el fútbol /Amante del fútbol | **11** |
| **74** | Ver futbol | **1** |
| **75** | Parlar de futbol amb els amics | **1** |
| **76** | Jugar al futbol americano | **1** |
| | | **32** |

| | | |
|---|---|---|
| **77** | Llevar cosas pesadas | **1** |
| **78** | Muy rápido /Rapidez | **2** |
| **79** | No m'agrada la dansa | **1** |
| **80** | Boxeo | **2** |
| | | **38** |
| | | **215** |

| **3** | **APARENÇA** | |
|---|---|---|
| **81** | Roba/ Tenir sempre roba còmode /Xandall /La roba que porto/ Vesteixo diferent de les noies: calçotets, colors vius, etc. / Tipos de camiseta o ropa/ Manera de vestir /Forma de vestir/ Pantalons / No llevo tanga/ Visto con ropa de hombre /Ropa de hombre /La camiseta /La ropa interior/Uso calzoncillos /No portar calces | **54** |
| **82** | Les bambes | **2** |
| **83** | Guapo | **1** |
| **84** | L'aparença | **1** |
| **85** | El Cabell /Els cabells /Cabell curt /Tenir el cabell curt / Els pentinats diferents /Peinado /Cabell / Pelazo | **24** |
| **86** | Pelo largo | **1** |
| **87** | No me arreglo /No me peino cada dia /EM dona igual com em vesteixo i com em pentino | **3** |
| **88** | Gorra | **1** |
| | | **87** |

| **4** | **HETEROSEXISME /SEXUALITAT** | |
|---|---|---|
| **89** | Salir con tías/La comunicació amb noies | **2** |
| **90** | Darle placer a las tías | **1** |
| **91** | Cuando estás solo en casa, pasar difundido tías de "estoy solo en casa, te vienes? | **1** |
| **92** | El gustarme las mujeres/M'agraden les noies /L'atenció a les noies /Me gustan las chicas | **5** |
| **93** | Em relaciono sexualment amb les dones i no sóc gai | **1** |
| **94** | Anar amb amics i dir-nos lo bona que està la noia que ha passat | **1** |
| **95** | Respetar a las mujeres | **1** |

| | | |
|---|---|---|
| **96** | Mente sucia / la mayoría de los chicos pensamos en sexo o en porno / Pervertido | **3** |
| **97** | Ver vídeos XXX | **2** |
| **98** | Atracció sexual /Aspectes sexuals | **2** |
| | | **19** |

| **5** | **IDENTITAT /IDENTIFICACIÓ** | |
|---|---|---|
| **99** | EL meu passaport / El DNI | **2** |
| | El nom /Nombre /Que el meu nom és de noi | **3** |
| | Como me siento (Género) | **2** |
| | Soy masculino /Masculí /Soy un chico | **3** |
| | | **10** |
| | **ALTRES** | |
| | Cuidar a la pop | **1** |
| | Para que quieres saber eso? Salud2 | **1** |
| | | **2** |
| | TOTAL | 682 |

| **Cinc coses que NO em defineixen com a home/noi (aficions, vestimenta, colors, sentiments….)** | |
|---|---|
| **Resposta** | **Repeticions** |
| No quedaré solo en casa | 2 |
| No quedarse en casa siempre (marginado) | 1 |
| Ropa /Roba/ /Faldilla /Forma de vestir /Vestimenta /Pantalons ultra curts | 11 |
| Rosa/lila/Colors /Color rosa /Vestimenta Rosa /Vestimenta molt acolorida / Vestimenta (Faldilla, etc.)/El color preferit /Vestir de rosa | 9 |
| M'agrada el rosa | 1 |
| La meva veu /La veu | 2 |
| Vagina /Tenir vagina /Vulva /aparell sexual /Genitals femenins /Clítoris/ | 16 |
| Fer coses a casa | 2 |
| Bailar | 1 |
| La condició física | 1 |
| Espatlles petites /Cames rodones | 2 |
| Anar de compres /Sortir diàriament a comprar roba /Ir de compras todos los días | 4 |
| Me gusta ir de compras | 1 |

| | |
|---|---|
| La inteligencia | 3 |
| Els temes de “sóc el mascle/hembra alfa i mano jo” | 1 |
| La menstruació /La regla | 5 |
| Videojocs /Jugar a videojocs /Jugar a videojuegos | 5 |
| Carne! | 1 |
| Jugar a futbol | 1 |
| Fer esport /Deportes /Fer exercici /Fer activitats físiques | 7 |
| Els esports que fem / al que juguem /Els gustos /Activitats que fem | 3 |
| Els gustos sociològics | 1 |
| Anar al lavabo juntes | 1 |
| Estudiar més | 1 |
| Quedar con los amigos | 1 |
| Tetes /Mamelles per *amamentar* /Pits grans /Pits | 5 |
| No vesteixo amb faldilla i/ o roba ajustada | 1 |
| Els hobbies /Aficions femenines | 2 |
| Rentar la roba | 1 |
| No m’agrada la moda | 1 |
| Todo lo que soy: personalidad, gustos, inteligencia | 1 |
| M’agrada nadar | 1 |
| no m’agrada ni el lila, ni el rosa /le gusta el color rosa | 2 |
| Maquillar-se/Maquillaje /Forma de maquillarse | 10 |
| Optimista | 1 |
| Veure la televisió /Mirar la tele | 3 |
| Guitarra | 1 |
| Comportament/actitud /Com actuem | 2 |
| Forma de hablar | 1 |
| Forma de sentarse | 1 |
| Forma d’expressió /L’expressió que tenim | 2 |
| Hacer lo que quiero | 1 |
| Escuchar música /Música | 4 |
| Jugar a la PS3 | 1 |
| Cocinar /Cuinar | 3 |
| Ver telenovelas /Ver Novelas | 2 |
| Ser sucio | 1 |

| | |
|---|---|
| Dansa | 2 |
| Dormir | 1 |
| Decantación por los culos grandes | 1 |
| Emocionarse con facilidad | 1 |
| El Rosa las define | 1 |
| Ir a la peluqueriía todas la semanas/ Ir a la peliquerría | 2 |
| Pintarse las uñas | 1 |
| No tener pene | 1 |
| Divertit | 2 |
| Estar en companyia | 1 |
| Anar amb pantalons | 1 |
| Posar-se arracades | 1 |
| Conducir | 2 |
| Leer /Leer novelas | 2 |
| Fer coses com una noia | 1 |
| Cabell Llarg /Llevo moño /Longitud del cabell | 6 |
| Arracades /Llevar pendientes | 3 |
| Tacons /Sabates | 3 |
| Forma de pensar /Como piensa /pensaments / com pensem | 4 |
| Els “brackets” | 1 |
| La música que escolto | 1 |
| Me depilo /Depilación | 3 |
| Programas infantiles | 1 |
| Vanidad | 1 |
| Sentimiento /Sentimental | 2 |
| Modo de hacer las cosas | 1 |
| Como habla | 1 |
| Aficions | 1 |
| Fets | 1 |
| Aparell reproductor /Capacitat de crear humanets /Òvuls /ovaris | 6 |
| Comportar-se como una chica | 1 |
| Caràcter | 2 |
| Ortografia | 1 |
| Bellesa | 1 |

| | |
|---|---|
| Molta cura del seu físic | 1 |
| *Caderes* grans | 1 |
| Escàs pelatge | 1 |
| Aspectes sexuals | 1 |
| Atracció sexual | 1 |
| Tardo en arreglarme /Tiempo en arreglarme /Vestirme para ir de fiesta / No repetir ropa al salir de fiesta | 4 |
| Manera de hacer regalos (detallista) | 1 |
| Soy femenino: Las actitudes o acciones de una persona no define su sexo. No podemos evitar los prejuicios pero puedo decir que puedo ser tan masculino como femenino son contar con lo que tengo entre las piernas. | 1 |
| Mear sentado | 1 |
| Salir de fiesta /Fiestero / Beber al salir de fiesta | 3 |
| Fuerza de voluntad | 1 |
| Humildad | 1 |
| Ideología política | 1 |
| Leer por gusto /M'agrada llegir | 2 |
| Bogeria | 1 |
| Més flexibilitat | 1 |
| Menys sentit de l'humor | 1 |
| Forma de ser | 2 |
| Les decisions que prenem | 1 |
| No sóc masclista /No ser masclista | 2 |
| No sóc chulo | 1 |
| Plorar | 1 |
| M'agrada pentinar a les demés persones | 1 |

## ANNEX 2: MODELS DE GUIÓ PER A LES ENTREVISTES I ELS GRUPS FOCALS

ENTREVISTA NOIS 1

1- ¿Cómo llegaste al club? *(historia/relat de vida)*
2- ¿Qué crees que la gente piensa de las personas con diagnóstico de salud mental y/o personas como tu que van a un Club Social?
3- ¿Qué piensas tu?
4- ¿Qué crees que supone para una persona joven ser diagnosticada, ingresada etc. y pasar a formar parte de la red de recursos de salud mental?
5- ¿Qué opinas de las campañas *antiestigma*? *(Posar exemples)*
6- *Preguntes a partir de la hipòtesis de les diferencies pel que fa l'estigma en funció del moment vital (adolescència, joventut o adultesa).*
7- ¿Crees que la vivencia de todo esto que estamos hablando es igual para chicos o para chicas? ¿Cuáles son para ti las diferencias principales?

ENTREVISTA NOIS 2

*Història/relat de vida:* Repassar moment de l'adolescència fins ara.

1- Parlar de la recuperació (depressió) que passa després dels fets que provoquen la "crisis" o aïllament?
2- Que passa d'aquell moment fins a dia d'avui? Com veus la relació amb els professionals de SM o amb els recursos de SM? Què et va aportar en aquell moment?
3- Què canvia/ha canviat o permet que estiguis millor? Que t'ajuda a estar millor?
4- Com et veus actualment?
5- I en un futur com t'imagines?
6- ESPAI OBERT

*Gènere i masculinitats.*

1- Cinc coses que et defineixin com a home
2- Cinc coses que no et defineixen com a home
3- Com t'afecta el fet de ser home: coses que pots fer coses que no pots fer. O creus que no t'afecta?
4- Cinc coses que defineixen la feminitat.
5- Creus que existeixen desigualtats de gènere? Si és que si quines? I en el teu entorn?
6- Que creus que canvia en el moment que tens parella? Per que creus que és important tenir-ne o no tenir-ne? (i/o tenir relacions sexuals?)
7- Espai obert a partir de l'explicació de la hipòtesis de partida; model de masculinitat com a condicionant i com a espai in-habitable.

ENTREVISTA PROFESSIONALS

**Presentació.** Explicació breu del recorregut professional i personal.

**Joventut**:

- Fet diferencial o particularitats de ser diagnosticat/ada (primer contacte amb la xarxa de recursos de SM, ingressos, contacte amb els/les professionals de la xarxa) durant adolescència/joventut. Elements que determinen l'itinerari del/la jove.
- Com valores la xarxa de recursos existents dirigida a joves/adolescents? Possibilitats, itineraris i limitacions.

**Estigma**:

- Com perceben els i les joves que ateneu el recurs on treballes? Relació entre estigma i institució (dispositius de SM).
- Quines creus que són les idees principals que conformen l'estigma (o arquetip del jove boig/boja) del jove o la Jove amb diagnòstic?
- *Fet diferencial entres l'estigma durant la joventut/adolescència i l'estigma durant l'adultesa.* Quelcom més a afegir?
- Com afecta la teva tasca professional aquest estigma? Com l'integres a l'hora de treballar amb joves?
- Estratègies per superar l'estigma d'aquests i aquestes joves. Quin paper hi juga el/la professional?
- Creus que les estratègies davant de l'estigma varien en funció de l'edat? (hipòtesis TD). Com?

**- Gènere:**

- Com el gènere determina aquests itineraris? Viuen diferent la relació amb el dispositiu/professional, l'estigma i el tractament nois i noies?
- Afecta de manera diferencial l'estigma a nois i noies?
- I en quan a estratègies davant de l'estigma hi ha diferències?
- I ara parlem del model de masculinitat en nois, quin paper creus que hi juga en el camp del patiment mental?

- I les relacions afectiusexuals o amoroses quin paper creus que juguen en els itineraris dels i les joves amb patiment psíquic/mental?

**Espai Obert**

**Contactes:**

GRUP FOCAL NOIS

1- *(Public estigma*) Creieu que existeix un estigma cap a les persones diagnosticades? En que es basa aquest estigma?
2- *(Perceived public stigma)* Com creus que la societat veu a les persones que assisteixen a recursos com un hospital de dia o un club social?
3- (*Enacted stigma)* Alguna vegada has sentit que et tractaven diferents pel fet d'estar en un hospital de dia (o altres recursos), haver estat ingressat, prendre medicació o anar al psicòleg/psiquiatra? Qui (família, amics i amigues, gent que acabaves de conèixer)? Vols explicar algun exemple o situació concreta.
4- (*Enacted stigma)* Com ets sents tu o que penses respecte aquestes idees que circulen entorn a la salut mental? (?)
5- Creieu que aquest estigma afecta de manera especial a les persones adolescents o joves? Com et senties tu quan eres més jove (*autoestigma*)?
6- Espai obert.

GRUP FOCAL PROFESSIONALS

1- Desigualtats que detectem

2- Com es tracta la sexualitat? Tècniques o recursos que han funcionat.

3- Propostes

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
MASCULINITATS (IN)HABITABLES: TRANSACCIONS, GÈNERE I PATIMENT MENTAL ENTRE ELS ADOLESCENTS I JOVES
Xavier Cela Bertran