

MARIE BROWN Y MARILYN CHARLES (EDS.)

Mujeres y psicosis

Perspectivas multidisciplinarias

TRADUCCIÓN DE
AGUSTINA LUENGO

Herder



Esta obra ha recibido una ayuda a la edición del Ministerio de Cultura y Deporte

Título original: Women & Psychosis. Multidisciplinary Perspectives

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

Traducción: Agustina Luengo

© 2019, The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc., Lanham

© 2022, Herder Editorial, S.L., Barcelona

ISBN: 978-84-254-4656-6

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com).

Imprenta:

Depósito legal:

Printed in Spain — Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA <i>Jorge L. Tizón</i>	9
PREFACIO <i>Marie Brown</i>	37
INTRODUCCIÓN <i>Marie Brown y Marilyn Charles</i>	45

PARTE I

LAS MUJERES Y LA PSICOSIS EN EL ARTE Y LA CULTURA	55
--	----

1. LAS MUJERES Y LA LOCURA EN CONTEXTO	57
<i>Marilyn Charles</i>	
2. EXPLICAR O RELATAR. RECONOCER Y DIFERENCIAR A LAS LOCAS LITERARIAS	99
<i>Helen DeVinney</i>	
3. HISTORIAS	133
<i>Berta Britz</i>	

PARTE II

LAS MUJERES, LA PSICOSIS Y EL CUERPO	165
---	-----

4. SERPIENTES EN LA CUNA. FACTORES PSICOSOCIALES EN LA PSICOSIS POSPARTO	167
<i>Marie Brown</i>	

5. ALIMENTACIÓN DESORDENADA Y PENSAMIENTO DESORDENADO EN LAS MUJERES. UN CONTINUO EN LA COSIFICACIÓN EN LA ANOREXIA Y LA PSICOSIS	211
<i>Jessica Arenella</i>	

PARTE III	
LAS MUJERES, LA PSICOSIS Y LA ESPIRITUALIDAD	235

6. ¿MÍSTICAS, BRUJAS O HISTÉRICAS? LAS HOGUERAS TERAPÉUTICAS CUANDO LA ESPIRITUALIDAD SE VUELVE SÍNTOMA	237
<i>Liane F. Carlson</i>	
7. DE ENFERMA A DOTADA. DESCUBRIENDO LA ENFERMEDAD CHAMÁNICA	273
<i>Gogo Ekhaya Esima</i>	

PARTE IV	
PERSPECTIVAS PSIQUIÁTRICAS SOBRE LAS MUJERES Y LA PSICOSIS	287

8. LA PSICOSIS EN LAS MUJERES. UNA PERSPECTIVA DESDE LA PSIQUIATRÍA	289
<i>Simone Ciufolini y Nicola Byrne</i>	
9. LA ESQUIZOFRENIA EN LAS MUJERES, EN COMPARACIÓN CON EL CASO DE LOS VARONES. TEORÍAS PARA AYUDAR A EXPLICAR LA DIFERENCIA	331
<i>Mary V. Seeman</i>	

ÍNDICE DE NOMBRES Y CONCEPTOS	359
SOBRE LOS COLABORADORES	369

PRÓLOGO. LA INDISPENSABLE APORTACIÓN DE LAS DIFERENCIAS: TAMBIÉN EN MUJERES Y PSICOSIS

Jorge L. Tizón¹

Era necesario que nuestra colección 3P (*Psicopatología y psicoterapia de las psicosis*) abordara un tema que hoy es fundamental en cualquier aproximación a la asistencia en salud y a la salud mental que aspire a alcanzar un carácter integral u holístico. ¿Qué hay más integrador, más propio de una visión de la humanidad como «objeto total», que tener en cuenta a ese 49,5 % de la humanidad que es siempre preterido? Nos referimos a ese porcentaje postergado no solo en la distribución del poder, sino también en la organización social, en la vida cotidiana e incluso en los libros y trabajos científico-técnicos. El libro editado por Marie Brown y Marilyn Charles, que aquí les presentamos, nos ha parecido una brillante introducción multidisciplinaria a esa visión integral u holística de la humanidad en nuestro ámbito concreto de la psicopatología y la psicoterapia de las psicosis.

En efecto, el libro incluye vivencias, aportaciones y revisiones clínicas, análisis teórico-científicos, casos clínicos e historias personales vistas desde la perspectiva del género femenino. Este acer-

1 Jorge L. Tizón es doctor en Medicina y psicólogo, psiquiatra, psicoanalista y neurólogo. Ha fundado y dirigido diversos equipamientos para la salud mental comunitaria y ha sido profesor en varias universidades. En la actualidad es Profesor asociado del Institut de Salut Mental Vidal i Barraquer de la Universitat Ramon Llull (Barcelona).

camiento pluridisciplinar e interdisciplinar a la psicosis desde una mirada femenina es hoy totalmente necesario porque incluso las aproximaciones médicas actuales negligencian a menudo las diferencias de género; un asunto no baladí si tenemos en cuenta que uno de los elementos definitorios del género, y por supuesto, del sexo, es la biología: la existencia de hombres y mujeres, machos y hembras de la especie humana, es una característica biológica básica y, desde luego, trasciende los usos y concreciones de esas diferencias en las diversas etnias y culturas humanas.

Mujeres y psicosis es uno de los primeros libros que hemos conocido que intenta presentar perspectivas multidisciplinarias para la comprensión de una doble marginación, o, mejor dicho, sobre la interacción de dos identidades marginadas: mujeres y psicosis, las personas consideradas «psicóticas» y las mujeres. Es cierto que, en su marcha hacia una percepción más globalizante de la humanidad, más de «objeto total», como diríamos en psicoanálisis, o más «humanista integral», como podría decirse desde otras perspectivas, la consideración del género es fundamental. En el camino hacia mayores cotas de solidaridad, cooperación y bienestar de la humanidad global, hay grandes brechas marginadoras que dificultan el avance hacia un humanismo globalizado. La primera, milenaria, es la marginación y opresión de género. Otras, las de clase social y etnia o las marginaciones creadas por las migraciones, por enfermedades, por diversos tipos de estigma... Por eso, porque no hay un avance real en la solidaridad, la equidad y la democracia social sin los cambios que el feminismo lleva siglos exigiendo, tener en cuenta la perspectiva de género en todas las actividades y ámbitos hoy en día es perentorio. Pero es que, además, no hay, no puede haber una comprensión real de las psicosis ni una integralidad en sus cuidados si no se puede atender a las diferencias genéricas, a las diferencias probablemente existentes entre hombres y mujeres también en este tema.

Marie Brown cuenta ya en la introducción que decidió «dar comienzo a *Mujeres y psicosis* con un fragmento de mi propia

experiencia» aunque «sería falso afirmar que he experimentado un “brote psicótico”». Eso ha favorecido un aspecto de la estructura del libro: la combinación de datos y estudios científicos o histórico-sociales con aportaciones experienciales y vivenciales, muy en la línea de otros volúmenes de nuestra colección, entre los que siempre hemos deseado que figuraran «narraciones en primera persona» (por ejemplo, con los libros Williams, Jackson y Magagna, Morrison, Volkan, Gauger...). Eso hace que el libro que el lector tiene en sus manos sea también un volumen vivencial, clínico y con numerosas referencias a la narrativa y las novelas «de género»: es decir, un libro experiencial, clínico, vivo...

Sin embargo, en la medida en que se trata de marginaciones y de seres (más o menos) marginados, sabemos aún muy poco acerca de cómo interactúan la marginación y el estigma de las psicosis, tan frecuentes, con esas otras marginaciones fundamentales en la especie: género, clase, etnia, migración... Es cierto que los trabajos académicos e incluso las novelas sobre «mujeres y locura» han sido y son relativamente frecuentes en la literatura. Pero en pocas ocasiones pueden encontrarse aproximaciones «de género» que, además, intenten la convergencia, la puesta en contacto de esas aportaciones culturales con los conocimientos científicos y técnicos sobre el tema y que, por tanto, sean radicalmente pluridisciplinarias e interdisciplinarias, tanto en el contenido como en la forma. Ahí resalta la aportación de *Mujeres y psicosis*, que incluye cuatro partes bien diferenciadas pero interconectadas: «Las mujeres y la psicosis en el arte y la cultura»; «Las mujeres, la psicosis y el cuerpo»; «Las mujeres, la psicosis y la espiritualidad» y las «Perspectivas psiquiátricas sobre las mujeres y la psicosis».

De ahí también la variedad formal de sus enfoques: algunos de sus capítulos son formalmente más narrativos, otros, más socioculturales e históricos y otros, más científico-técnicos. Casi todos incluyen narrativas, historias y casos demostrativos, pero algunos están escritos directamente en el formato de «comunicaciones en primera persona». Otros capítulos siguen las pautas propias de la «revisión científica». Por último, algunos capítulos

se atreven con la perspectiva interdisciplinaria que incluye esos diferentes temas y formatos. Pero la descripción vívida y las historias vividas son indispensables porque, como demuestran varias coautoras en ámbitos diversos, las experiencias de las personas consideradas «locas», en particular las mujeres, han sido colonizadas o explicadas por *otros*, ya sea por la religión, las artes, o las ciencias y técnicas. Y, casi siempre, esos *otros* son de género masculino.

PSICOSIS, IDENTIDAD Y CULTURA

Lo dicho hasta aquí señala la importancia de desarrollar estudios médicos y psicopatológicos sobre la relación entre los trastornos mentales, sus vivencias y los efectos de la cuádruple dominación de la que hablábamos: género, clase, raza... y psicosis. Contemplar las rupturas del conocimiento producidas por las tres primeras formas de dominación es fundamental, como también lo es observar las rupturas y la desacreditación de la identidad que (casi) siempre acompañan a la psicosis.

La mujer a la que se califica o diagnostica como «loca» está subestimada no solo por su identidad (género, raza, migración, etc.), sino también por una característica psicosocial y cultural más marginadora: la locura, la psicosis. Entender a esas triples o cuádruples marginadas podría ser una vía muy adecuada para aproximarnos a la comprensión y a las vivencias de múltiples identidades minoritarias y para lograr el necesario respeto y la validación de las diferencias, asunto tan crucial en nuestro momento cultural, tecnológico... y político.

En una sociedad todavía asentada en la exclusión o el sometimiento del diferente (más aún si es débil), el grupo con más poder y privilegios tiende a rechazar o a minimizar las características o cualidades que amenazan su capacidad para conservar el poder. Rasgos como la menor fuerza (física o militar), la emocionalidad, la sensibilidad y la vulnerabilidad son considerados

una carga y, por tanto, se los rechaza en el seno del grupo con poder. Ello repercute ya de entrada en estas mujeres en una triple marginación-dominación sectaria y disociadora (ideológica y personal): por ser mujeres (que lo son), por atribuirles esos rasgos «secundarios» (que ya es una atribución), y por ser «psicóticas» y, por tanto, en teoría, más psicológicamente vulnerables que otras mujeres y otros hombres.

De ahí que, a lo largo de los siglos (y no solo en otras culturas, sino también en la nuestra, supuestamente la más democrática del planeta), las mujeres son ingresadas por parte de sus familias mucho más que los hombres. Sobre todo, por familiares masculinos, como ya se mostraba en *Women of the Asylums* (Geller y Harris, 1994): históricamente, las mujeres han sido encerradas en contra de su voluntad, a menudo por los miembros masculinos de la familia, y a menudo a causa de comportamientos u opiniones consideradas aberrantes o que se desviaban de las normas sociales existentes. Los varones de sus familias, con la ayuda de los médicos, podían aplicarles diversos aparatos mecánicos, mutilación y cauterización de los genitales, ablación del clítoris y castración. En efecto, también en nuestras culturas cristianas, al menos hasta 1950, las mujeres han sido cliteroidectomizadas a miles para curar «sus desviaciones» (Cohen, 2016), algo que aún pocas personas conocen, pues la cliteroidectomía, lo mismo que el feminicidio y el infanticidio, como componentes de nuestra cultura, están aún sometidos a la más feroz de las disociaciones mentales y culturales. Y eso es así porque la representación de las mujeres como objetos (de compraventa, de dominación, de utilización para el consumismo...), más que como sujetos y personas, sigue persistiendo y siendo un rasgo ideológico dominante, tal como señalan las teóricas feministas y culturales (Arruzza *et al.*, 2019; de Lauretis, 1984; Hooks, 2017; Walker, 1994).

Posiblemente la «locura» tiene más de código relacional y cultural que de bioquímica, aunque, sin duda, en el establecimiento de dicho código los funcionamientos neurobioquímicos y conductuales no son del todo ajenos. Por eso se somete a los

sujetos con psicosis a tratamientos unidimensionales de corte biomédico totalmente despectivos hacia una perspectiva de género; y aún más a «las sujetos».

Hasta la llegada de los replanteamientos feministas radicales, estábamos tan cegados por el sectarismo y las visiones supremacistas que no veíamos como traumas, como atentados a la identidad, buena parte de las experiencias que las mujeres sufren desde la cuna, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en las calles, en los espacios para el ocio... Ser mujer aún significa pasar mucho más miedo que un hombre al salir por la noche, caminar o ir a determinados lugares, vestir de maneras diferentes, moverse de formas distintas... Y no hay que olvidar que ese conjunto de prohibiciones y frustraciones, con lo que tienen de traumas y duelos, son tan dominantes y extendidas que resultan potentemente disociadas a lo inconsciente, pero conforman la mente, la memoria, la personalidad... Así, ciertas vivencias pueden volverse «substancia» (cerebral y de la personalidad), tal como ocurre en los traumas graves y en los trastornos por estrés postraumático. La identidad se desarrolla en los relatos entre padres e hijas, adultos y niñas y niños, sucesos, historias y vivencias cotidianas... Y en casi todos ellos, la mujer ocupa papeles secundarios, marginalizados, humillados, predeterminados por el poder, por los diversos poderes, incluido, sobre todo, el poder «capilarizado» de la vida y las relaciones cotidianas.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Marilyn Charles nos recuerda que en las fantasías y relaciones internas más determinantes de la personalidad futura se halla el temor más o menos consciente al engullimiento por parte de la «madre primitiva». Ello tal vez ayude a mantener a las mujeres atrapadas entre el deseo de crecer y las actitudes y relaciones evasivas, que las conducen precisamente en la dirección opuesta, hacia la dependencia. De ahí también que la adopción del papel de protector sea una solución tan socorrida y viable para el hombre ante esas mismas fantasías: casi siempre puede encontrar a una mujer dispuesta a adoptar el papel complementario de víctima / protegida.

Pero la niña va uniendo los hilos del ser, de la identidad, gracias a la introyección de las experiencias y vivencias cotidianas, a medida que las relaciones y la cultura se interiorizan. Hasta el extremo omnipotente y supremacista donde los haya: el *mansplaining*. A menudo son los hombres los que explican con condescendencia a las mujeres temas de los que ellas están perfectamente informadas. Empero, en el extremo de esta actitud «sobreprotectora», se ha tendido durante milenios y todavía tendemos a caer en el hábito de explicar a las mujeres aspectos específicos de la experiencia de ser mujer, por ejemplo, mediante mitos culturales y religiosos. Un buen ejemplo de la colonización del *mansplaining* sobre la visión de la mujer aparece en los textos de ginecología y obstetricia aún utilizados en medicina: gran parte de ellos son escritos por hombres, y, desde luego, tienen poco en cuenta las vivencias y las particularidades del género...²

Como la identidad se construye en el contexto de las relaciones, la madre que no puede valorarse suficientemente como sujeto y como mujer suele comunicar esa minusvaloración a su hija, de forma consciente e inconsciente. Esos rasgos identitarios son calurosamente confirmados por los varones y, en particular, por los varones culturalmente influyentes. Puesto que el dolor y el sufrimiento de los traumas y duelos que ha padecido esa mujer (tan solo por ser parte de esa mitad sojuzgada de la humanidad) han quedado sin resolver, el trauma generalizado, estructural, puede experimentarse (y, por tanto, transmitirse) como un legado inevitable, vergonzoso, humillante, difícil de enmendar. Asimismo,

2 Hasta el extremo de que en mis dos cursos completos de carrera en los que estudié Ginecología y Obstetricia, por ejemplo, la oxitocina siempre fue mencionada como un «desencadenante» de la «mecánica» (se decía así) del parto. Nunca se habló de las otras funciones de esa hormona hipofisaria: como neuromodulador de comportamientos sociales, sentimentales, patrones sexuales y de la conducta marental y parental, ni de su relación con el placer y la sociabilidad... (posiblemente porque esos aspectos le interesaban menos a los ginecólogos y profesores de ginecología, en su mayoría hombres y con una perspectiva biologista y no relacional de la medicina).

ese trauma generalizado no solo se transmite a través de la cultura, sino incluso también neurológicamente a partir del moldeamiento en múltiples experiencias emocionales cotidianas marcadas en exceso por el miedo, el apego ansioso, las ansiedades ante la separación, el sexo vivido como vergonzante, la ira y la indagación castradas, y la alegría y los juegos unidireccionalmente sesgados (Panksepp y Biven, 2012; Tizón, 2018a). Un ejemplo de lo dicho hasta aquí queda ilustrado en estas palabras de Antonio Vallejo-Nágera, influyente psiquiatra durante el franquismo y el posfranquismo:

[...] para comprender la activísima participación del sexo femenino en la revolución marxista [hay que tener en cuenta] su característica labilidad psíquica, la debilidad del equilibrio mental, la menor resistencia a las influencias ambientales, la inseguridad del control sobre la personalidad y la tendencia a la impulsividad, cualidades psicológicas que en circunstancias excepcionales acarrearán anomalías en la conducta social y sumen al individuo en estados psicopatológicos. Si la mujer es habitualmente de carácter apacible, dulce y bondadoso débese a los frenos que obran sobre ella; pero como el psiquismo femenino tiene muchos puntos de contacto con el infantil y el animal, cuando desaparecen los frenos que contienen socialmente a la mujer y se liberan las inhibiciones frenatrices de las impulsiones instintivas, entonces despiértase en el sexo femenino el instinto de crueldad y rebasa todas las inhibiciones inteligentes y lógicas [...]. Caracteriza la crueldad femenina que no queda satisfecha con la ejecución del crimen, sino que aumenta durante su comisión. (Vallejo-Nágera y Martínez, 1939, pp. 398-399)

Aquello que constituye el «saber» o la «verdad» está dictado por quienes poseen poder institucional, habitualmente vedado para las mujeres y las personas con psicosis. En ese sentido, el capítulo de Berta Britz, titulado, muy apropiadamente, «Historias», es una excelente contribución personal para comprender cómo esos mi-

tos y símbolos retardatarios se introducen como estructura de la mente y las significaciones personales básicas. Su relato personal del trauma y de las experiencias anómalas explica cómo los relatos impuestos por los otros la llevaron a experimentar creencias limitantes sobre sí misma o a agravar las consecuencias de tales creencias sobre su vida y su organización como sujeto.

Tras casi un siglo de negaciones y denegaciones, hoy se sabe que los abusos, y en particular los abusos sexuales sufridos en la infancia, son un factor de riesgo grave para las psicosis, y especialmente en las mujeres, tema que se ha tratado en varios libros de la colección 3P. ¿Cómo es posible que durante más de un siglo se hayan explorado científicamente tan poco esas realidades, al menos a partir de narraciones «en primera persona», como lo hace Britz en este volumen? Tendríamos mucho que pensar y repensar a partir de las vivencias de Gogo Ekhaya Esima sobre cómo se viven y vivirán por parte de *las* sujetos los abusos sexuales y sobre las particularísimas salidas que ella puso en marcha para encontrar su «lugar en el mundo», tras una tormentosa y atormentada historia psiquiátrica de decenios de duración. Desde una perspectiva personal, en su capítulo «De enferma a dotada. Descubriendo la enfermedad chamánica», Gogo Ekhaya Esima enfoca asimismo el tema de las vulnerabilidades del posparto. En esa delicada situación, la terapia no le era útil ni la hacía sentirse entendida; la medicación no hacía más que nublarle la mente y los sentimientos, hasta llevarla a la descorazonadora visión del tratamiento como prolongación de los ciclos de falta de respeto hacia el individuo por parte de quienes se declaran sus cuidadores.

En un nivel más cultural e ideológico, todo el volumen abunda en referencias a narraciones, obras y manifestaciones de la psicosis en nuestra cultura, en nuestras ideologías o en nuestras espiritualidades. Estas referencias podrían ser utilizadas por cualquier lector o estudioso como apuntes para desarrollar su propia idea y su propia investigación sobre el tema. Aparecen una y otra vez en estas páginas «mujeres con psicosis» culturalmente relevantes, tales como la Casandra de Esquilo y de Eurípides; Ofelia, de

Shakespeare; Geneviève, paciente de Jean-Martin Charcot en La Salpêtrière y buscadora empedernida de Louise Lateau, una vi-
dente famosa con estigmas («todos los jueves por la noche, pun-
tualmente, la sangre le manaba de los pies, de las manos, del costado
izquierdo y del corazón»); Cathy Earnshaw, personaje de *Cumbres
borrascosas*, de Emily Brontë; la Bertha Mason de *Jane Eyre*, de
Charlotte Brontë, y su desarrollo en *El ancho Mar de los Sargazos*,
de Jean Rhys; Emma Bovary, de Gustave Flaubert; Virginia Woolf;
Camille Claudel; la protagonista y autora de *El empapelado amarillo*,
Charlotte Perkins Gilman, o Sethe, personaje de *Beloved*, de Toni
Morrison. Quizá también podrían haber aparecido, si nuestra cul-
tura hispánica hubiera sido menos antifeminista, Aurora Rodríguez
y Hildegart Rodríguez (Gilman, 1976; Grandes, 2020; Perkins
Gilman, 1981; Rendueles, 1989; Tizón, 2004, 2013).

Las cosas son más complejas de lo que ha solido mostrar la
literatura histórica, sociológica o narrativa sobre la relación entre
brujería y psicosis (o, mejor dicho, sobre las relaciones múltiples
entre la psicosis, la histeria, la brujería y la espiritualidad). Dichos
análisis pueden quedar lastrados por la idea, adoptada de forma
tal vez inadvertida por varias de las autoras (pero tan extendida),
de que la psicosis y la esquizofrenia son «enfermedades». Un
hecho que tal vez sorprenda a los seguidores y lectores de la co-
lección 3P es que hay personas con un pensamiento reflexivo y
alternativo que siguen utilizando la «metáfora de la enfermedad»
como vía de enfoque de lo que son diferencias vitales y vivencia-
les y, tal vez, trastornos o problemas psicopatológicos. Se trata de
una realidad que nos asombraría si no hubiéramos tenido que
estudiar una y otra vez la potencia del biologismo en nuestra
cultura y, más aún, en los enfoques psicopatológicos y psiquiátri-
cos (Tizón, 2018a, 2019).

La historia de la histeria desde un punto de vista médico tiene
mucho que ver con las «relaciones dramatizadoras» de algunas mu-
jeres, sí, pero también de muchos médicos y del aparato sanitario,
comenzando por J.-M. Charcot (Tizón, 2018b). Por eso resultan
especialmente reveladoras las páginas de la tercera parte, centradas

en la espiritualidad y las psicosis, todo lo discutibles que se quieran, pero merecedoras de amplias reflexiones. Nos introducen en una interesante controversia histórica, social y psicopatológica sobre la «psicosis histérica» y la «psicosis mística». En particular, sobre las manipulaciones y luchas soterradas entre monjes y médicos, entre la religión y la medicina, por apropiarse o, alternativamente, disociar para el otro bando las relaciones entre histeria, éxtasis y estigmas religiosos y psicosis. Este es un tema que varias autoras del presente volumen mencionan y que merece una adecuada profundización, también desde el punto de vista de la psicopatología basada en la relación (Tizón, 2018a, 2018b), ya que se remonta a las primeras comunidades cristianas y, por supuesto, a los cátaros y muchos milenaristas cristianos.

Teresa de Ávila, Geneviève y Louise Lateau, la Marie «Blanche» Wittman del óleo de Pierre André Brouillet «Lección clínica en La Salpêtrière» u otras místicas y religiosas eran fundamentalmente ¿histéricas, es decir, dramatizadoras?, ¿espirituales/religiosas?, ¿psicóticas?, ¿manipuladoras? Lástima que, como decíamos, estas reflexiones puedan quedar empobrecidas en su capacidad epistemológica y teórica a causa de los dogmas biologistas que predominan en nuestra cultura y en las aproximaciones psiquiátricas al tema: se tiende a entender la psicosis como una «enfermedad» y, por tanto, no se puede comprender la diferencia entre delirio o *delusión* (vividos y creídos) y los *deliremas* (comunicación de delirios realizada para movilizar a los otros, fundamentalmente a los médicos y/o a los creyentes...; Tizón, 2018a, 2018b, 2021).

Fulford y Jackson (1997) llegaron a mantener que la diferencia entre experiencia religiosa y psicosis reside en que la persona que tiene delirios o alucinaciones religiosas puede llegar a vivir mejor porque posee un mejor funcionalismo gracias a esos encuentros espirituales... Pero esta es una postura cultural, religiosa y psico(pato)lógica que podría ser mucho más útil si tuviéramos en cuenta una psicopatología basada en las relaciones interhumanas y que, por tanto, considerase la activación de las relaciones dramatizadas o de lo que hemos llamado «la organización drama-

tizadora» (Tizón, 2018b) en algunas de tales personas. Por ejemplo, algunos testimonios místicos, dulcinianos, cátaros y actualmente algunos de tipo «orientalista», en particular en el ámbito de la contención del sufrimiento psicológico, podrían inscribirse dentro de tales relaciones dramatizadoras. Este cambio de perspectiva nos podría ayudar a mantener un encuentro a la vez más amplio y más respetuoso con quienes tienen cosmovisiones y formas de describir su experiencia muy diferentes a las dominantes en nuestra cultura.

ALGUNOS DATOS CONOCIDOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE PSICOSIS Y GÉNERO

El retraso en el desarrollo de una perspectiva menos sesgada de las psicosis, de las experiencias psicóticas y, en particular, de la relación entre género y psicopatología es especialmente deplorable porque hoy ya contamos con una serie de datos más o menos probados y fehacientes para enfocar también las psicosis con una perspectiva de género y teniendo en cuenta el género. Muchos de tales datos son desgranados en este volumen y en algunas revisiones psicológicas y psiquiátricas sobre el tema (Barajas *et al.*, 2015; Doucet *et al.*, 2009; Ochoa *et al.*, 2012a, 2012b; Tizón, 2013, 2014), pero no quiero dejar pasar la oportunidad de recordar algunos de ellos, agrupados, para ilustrar la amplitud de la disociación que se ha ejercido sobre el tema.

En cuanto a la *clínica*, hoy ya está bastante establecido que las mujeres en nuestra cultura tienen menores probabilidades de ser diagnosticadas de psicosis que los varones. Cuando el cuadro clínico es manifiesto, en las mujeres aparecen más «síntomas en positivo» que en los hombres. Por ejemplo, las «alucinaciones auditivas» (o la «escucha de voces») son más comunes en las mujeres diagnosticadas de esquizofrenia que en los varones con el mismo diagnóstico. También suelen darse con mayor frecuencia manifestaciones (o «síntomas») afectivos. En consecuencia, hay me-

nos casos de evolución tórpida y, en general, la evolución es mejor, tanto en las mujeres que siguen los tratamientos usuales como si evitan el tratamiento. Todo el cuadro de psicosis en la mujer posee un mayor componente afectivo, lo cual implica diversas consecuencias: por ejemplo, una menor concordancia diagnóstica para las mujeres que para los varones (entre otras cosas porque los criterios de diagnóstico actuales se basan en estudios con un exceso de participantes masculinos).

Otro resultado diferencial es la permanencia de mayores niveles de apoyo social y una red de relaciones más cercana que los hombres, aunque el impacto de las EAI o ERA (Experiencias Adversas en la Infancia o Experiencias Relacionales Adversas) es mayor en las mujeres. Además, los signos y síntomas cognitivos y, en general, de deterioro, son menores y suelen ser aparentes las variaciones de la intensidad de los síntomas en relación con las amplias variaciones hormonales y los factores inmunitarios propios de las mujeres.

Un hallazgo mucho más controvertido es la mayor tendencia a la «esquizofrenia tardía», un diagnóstico también polémico, pues a menudo los estudios no aclaran cuándo se trata de diagnósticos de «esquizofrenia» retardados y cuándo de trastornos delirantes o trastornos esquizoafectivos. Y, en todo caso, es muy discutida su relación con la disminución de estrógenos propia de la menopausia.

En general, la DUP (*Duration of Un-Treated Psychosis*) y la DUPP (*Duración de la Psicosis Psicosocialmente No Tratada*) (Tizón, 2013, 2014) son más largas, aunque otras revisiones no hallan diferencias significativas (Barajas *et al.*, 2015). Esto es altamente relevante porque muchos datos clínicos tienden a indicar que en hombres y mujeres ese retraso en los primeros tratamientos agrava la evolución y el pronóstico... Pero el pronóstico es mejor en mujeres que en hombres, a pesar de ese retraso. Sobre todo, porque los síntomas «en negativo» y la pobreza en la red social son más frecuentes en hombres que en mujeres, no solo con la ruptura psicótica, sino ya antes, en las fases premórbida y prodrómica (Ba-