

Artículo original

Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave

Gender differences in symptomatology and social functioning in people with severe mental disorders

Daniel Navarro Bayón^{1*}; Olga Carrasco Ramírez²

Resumen

El objetivo del estudio es estudiar las diferencias de género en psicopatología y funcionamiento social en personas con trastorno mental grave (TMG), así como explorar la relación entre esas variables y la evolución del trastorno. Se recogió información de 433 pacientes, 62% hombres y 38% mujeres a través de tres instrumentos de medida: SAPS, SANS y una escala específica de funcionamiento psicosocial (EVDP). Se encontraron mejores resultados en funcionamiento social y soportes sociales en las mujeres. No se encontraron diferencias en sintomatología. Los datos indican que la edad de inicio y el curso del trastorno podrían asociarse con las diferencias de género y con el mayor desempeño de roles en las mujeres. Se dan conclusiones generales que pueden servir para generar investigación futura y mejorar el tratamiento.

Palabras claves: Género, esquizofrenia, psicopatología, funcionamiento social.

Abstract

The objective is to study gender differences in psychopathology and social functioning in people with severe mental disorders and to explore the relationship between these variables and the evolution of the disorder. Information of 433 patients was obtained, 62% men and 38% women, with the use of three instruments: SAPS, SANS and a specific scale of social functioning (EVDP). Findings of better social functioning and social support were found for females. No differences were found in psychopathology. The course of the illness and the age of onset could be associated with sex differences and with greater role performance of females. It reviews theories that have been posited to explain gender differences in severe mental disorders. Finally, general conclusions are drawn that can be used to guide future research and treatment of sex differences.

Keywords: Gender, schizophrenia, psychopathology, social functioning.

Recibido: 27/08/2010 – Aceptado: 03/01/2011 – Publicado: 01/09/2011

* Correspondencia: dnavarro@jccm.es

¹ Jefe del Área de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario. Fundación FISLEM de Castilla-La Mancha.

² Coordinadora de los CRPSL de FISLEM. Área de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario. Fundación FISLEM de Castilla-La Mancha.

Introducción

Las diferencias de género en el curso de los trastornos mentales ha sido muy estudiada en la literatura clínica, en especial para encontrar diferencias evolutivas y descriptivas en el curso de la esquizofrenia. Siguiendo las primeras conclusiones de Kraepelin (1919) los datos empíricos actuales sugieren que las mujeres tienen un curso más benigno del trastorno esquizofrénico, caracterizado por una edad más tardía de comienzo del trastorno, mejor respuesta al tratamiento con antipsicóticos, mejores resultados globales en el funcionamiento, menos hospitalizaciones y un menor riesgo de suicidio (1). Pero aunque parece aceptado que existen diferencias en el curso del trastorno entre los hombres y las mujeres, existen resultados contradictorios. Así, completas revisiones sistemáticas realizadas por Saha² y col, y McGrath³ y col. no encontraron diferencias en prevalencia. Leung y Chue⁴ revisaron los estudios publicados durante 33 años acerca de las diferencias de género en la esquizofrenia y obtuvieron resultados tanto a favor de una distribución idéntica por sexos como a favor de un predominio del trastorno entre los hombres y con peores resultados generales.

La mayoría de los estudios presentan algunas dificultades para poder generalizar los resultados. Factores que pueden estar influyendo en las diferencias observadas pueden tener que ver con el tipo de diagnóstico estudiado, el uso de criterios más restrictivos en los diagnósticos, los límites de edad utilizados en las muestras, utilizar muestras en admisión hospitalaria o muestras en la comunidad y las características sociológicas y culturales de la muestra estudiada (rurales o urbanas), más que con el género en sí mismo.

El presente estudio se dirige específicamente a estudiar la cuestión del género en el trastorno mental grave, en concreto a la siguiente pregunta: “¿hay diferencias de género en los síntomas clínicos y en el deterioro funcional del trastorno mental grave?”

También se tratará de abordar una cuestión de especial consideración en los resultados del funcionamiento psicosocial, se trata de la relación entre los años de evolución del trastorno y el comienzo de la enfermedad. Se ha concluido en la mayoría de los estudios que una edad temprana de comienzo del trastorno contribuye de manera negativa al desarrollo de las habilidades personales, sociales y laborales. Bajo la luz de estos resultados, ¿la tendencia de un tardío comienzo en la esquizofrenia en las mujeres podría ofrecer una ventaja en el funcionamiento psicosocial de las mujeres frente al de los hombres?. Se completará el análisis de los años de evolución extendiéndolo para comprobar si existe una asociación entre la evolución del trastorno mental y los síntomas y el funcionamiento psicosocial.

1. Revisión de estudios sobre diferencias de género

Son muchas y diversas las variables que han sido conceptualizadas con frecuencia como factores diferenciadores del TMG en hombres y en mujeres, haciendo referencia tanto a características psicopatológicas, de funcionamiento y a factores evolutivos como los años de evolución y el curso del trastorno. Se hará una breve revisión de las que han generado un mayor número de estudios.

Variables evolutivas

Uno de los hallazgos más ratificados en la esquizofrenia es la edad de inicio mayor en las mujeres (5). Las mujeres de las muestras clínicas estudiadas es más frecuente que tengan más edad que los hombres y en muestras de pacientes crónicos la edad de las mujeres se suele situar por encima de los 40 años. Concretamente se han encontrado diferencias de edad en el inicio de la enfermedad entre 3 a 5 años más tarde en las mujeres, independientemente de la cultura y de la sociedad. Además en el comienzo de la esquizofrenia tardía (inicio después de los 40 años) la incidencia es el doble en la mujer.

En relación a la edad los estudios defienden que la edad de inicio del trastorno desempeña un papel muy importante en el curso evolutivo. Así, se ha observado que una edad temprana predice un pobre curso evolutivo, pobre funcionamiento y más ingresos hospitalarios. La aparición del trastorno en edades tempranas supone un estancamiento en el desempeño de roles sociales y económicos y en la integración social y laboral. Eso explicaría en parte que las mujeres, presentando una edad de inicio más tardía, se asocien a un mejor pronóstico.

Síntomas clínicos

Algunos estudios han encontrado más síntomas positivos en las mujeres y mayores síntomas negativos en los varones, datos que se han replicado en muestras clínicas de personas con esquizofrenia y en muestras de población general (6).

Se ha encontrado que las mujeres presentan más síntomas emocionales de ansiedad y depresión (5), y en general se ha encontrado mayor comorbilidad en las mujeres (TCA, TEP, Depresión).

Algunos estudios han encontrado las mayores diferencias en síntomas que tienen más que ver con la conducta social que con la conducta intrapsíquica. Así, en los varones se ha encontrado más gravedad en el cuidado personal, menos intereses laborales y mayor aislamiento social (6). Se ha hipotetizado que el mayor deterioro en el funcionamiento social de los hombres puede estar causado en parte por el impacto mayor de los síntomas negativos.

En resumen, la mayoría de pruebas apuntan a mayor presencia de síntomas negativos en hombres y afectivos en las mujeres con TMG (estudios con esquizofrenia), aunque hay mucho solapamiento de los síntomas en ambos sexos y las diferencias son pequeñas. Las diferencias son más pronunciadas en las conductas sociales (habilidades sociales e instrumentales) que en los síntomas.

Variables de funcionamiento

Los estudios encuentran diferencias en el funcionamiento psicosocial de los varones y las mujeres. Estas observaciones parten de estudios específicos sobre áreas o conductas concretas de funcionamiento. Para facilitar el análisis a continuación se detallan las áreas más estudiadas.

a) Funcionamiento ocupacional-laboral

La mayoría de los estudios han encontrado mayor funcionamiento en las mujeres. Sin embargo hay una dificultad para elaborar conclusiones de estos estudios y es el sesgo social-cultural el que puede influir en las diferencias de género en esta variable. Así, puede haber presiones familiares, sociales, económicas y políticas diferentes para que un hombre o una mujer vuelvan

a trabajar tras padecer un trastorno mental. Algunos estudios han tratado evitar este sesgo incluyendo a las amas de casa como una categoría incluida en el estatus laboral. Pero aunque los resultados presentan mejores resultados en las mujeres también presentan limitaciones que hacen difícil la interpretación de los mismos. El más importante es que no se pueden establecer equivalencias entre un ama de casa y una trabajadora con ingresos económicos y compararlas con la población de varones que acceden a contratos de trabajo.

b) Ajuste premórbido

Los estudios que han examinado las diferencias de género en el ajuste premórbido de personas con esquizofrenia han encontrado evidencias de un mayor ajuste en las mujeres (7). Se ha concluido que las mujeres con esquizofrenia consiguen mayores logros académicos y laborales, están casadas más frecuentemente que los hombres y tienen más contactos heterosexuales durante la fase premórbida. También se ha encontrado mayor funcionamiento educativo premórbido (nivel escolar y rendimiento) en las mujeres, así como mayores puntuaciones en CI.

c) Lugar de residencia

Algunos estudios han encontrado que las mujeres viven con la familia con mayor frecuencia que los hombres. Los estudios que han analizado las alternativas residenciales en que viven personas con esquizofrenia han encontrado que hay más hombres que mujeres en entornos institucionales. Sin embargo la causa de estas diferencias no es bien conocida, pues no se sabe si esta distribución también se da en la población general.

d) Habilidades sociales

Los estudios disponibles sobre las diferencias de género en habilidades sociales han investigado las habilidades de comunicación verbal y no verbal y las habilidades de procesamiento implicadas en la recepción de información social, en concreto: habilidades sociales de comunicación, asertivas y de percepción social. Aunque los resultados de los estudios son inconsistentes, muestran una tendencia favorable hacia las mujeres (muestran más y mejores conductas verbales y no verbales en situaciones de intercambio social). Estas investigaciones han evaluado las habilidades sociales a nivel molecular y en contextos experimentales por lo que la generalización de resultados hay que hacerla con reservas.

e) Desempeño de roles sociales

Aunque se han encontrado algunas diferencias entre hombres y mujeres en medidas específicas de las habilidades sociales en medidas de laboratorio (role-playing) no ha sido así en el rol social (adecuación global o general del funcionamiento de la persona en un entorno social). Así el funcionamiento general en las actividades familiares, sociales y de ocio se han mostrado equivalentes en hombres y mujeres.

f) Funcionamiento cognitivo

Se han encontrado déficit cognitivos en varones relacionados con procesamiento y memoria verbal y en mujeres con memoria visual y espacial. Sin embargo estas diferencias pueden ser debidas a otras variables como la gravedad de los síntomas o los años de evolución.

Una línea interesante de resultados ha encontrado que los déficit cognitivos tienen un efecto más adverso en el funcionamiento social de las mujeres con esquizofrenia, lo que supone una mayor relación entre el funcionamiento cognitivo y social en las mujeres que en los hombres.

Pero al igual que en el estudio de las habilidades sociales, las investigaciones tienen sesgos metodológicos que hacen cuestionar la generalización de los resultados (carencia de grupos control, muestras pequeñas, diferencias en edad y en gravedad y tipo de síntomas que presentan las muestras).

Resultados a largo plazo

Se han encontrado peores resultados en la evolución a largo plazo de los hombres frente a las mujeres, tanto en funcionamiento social como en hospitalizaciones, lo que parece reflejar un curso más complicado en los hombres.

Así, los estudios longitudinales de más de 15 años encuentran diferencias en el funcionamiento ocupacional, laboral y ratios de hospitalización a favor de las mujeres. Las ventajas en el funcionamiento de las mujeres parecen mantenerse durante el tiempo, sin embargo las diferencias clínicas se diluyen con los años de evolución (en términos de gravedad de los síntomas negativos, ratio de hospitalizaciones y duración de las mismas). De nuevo la variabilidad de diagnósticos y de selección de las muestras y el tipo de medidas de resultados utilizadas limitan las conclusiones obtenidas.

El objetivo del presente estudio consistió en analizar las diferencias de género para contribuir al conocimiento de las características diferenciales en la expresión del TMG en hombres y en mujeres. También se planteó el objetivo de explorar la relación entre los años de evolución del trastorno y las alteraciones psicopatológicas y de funcionamiento.

2. Método

2.1 Sujetos del estudio

La muestra total de este estudio contó con 441 sujetos con TMG tratados en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de las diferentes provincias de Castilla-La Mancha entre 2006 y 2007. Los sujetos cumplían los criterios de admisión en los CRPSL a) presentar una enfermedad mental grave con deterioro en el funcionamiento psicosocial y en la integración socio-laboral, b) seguir tratamiento y ser derivado por los servicios de salud mental de la comunidad, c) tener entre 18 y 65 años, d) residir en Castilla-La Mancha, e) no estar en situación de crisis o grave descompensación psicopatológica, f) no presentar psicopatología causada por enfermedades orgánicas.

Se evaluó a los sujetos en el momento de la derivación, es decir en los primeros contactos con el CRPSL. La adopción de este último criterio respondió al objetivo de contar con una muestra de pacientes representativos que son derivados a un CRPSL, y tratar de mostrar cuadros clínicos “reales”, tal y como aparecen en el primer momento de la práctica asistencial cotidiana en rehabilitación.

Se pudo extraer datos de 433 sujetos de la muestra inicial. La edad media era de 38,9 años y había un porcentaje de 62% (n=269) de hombres y 38% (n=164) de mujeres. El 16,5% no había tenido ingresos psiquiátricos previos y el 83,5% si los había tenido, siendo la media por usuario del número de ingresos hospitalarios anteriores al estudio de 3,2 (mínimo=0, máximo=31). Los diagnósticos más prevalentes eran los trastornos del espectro esquizofrénicos y psicosis funcionales (63,6%), seguidos de los trastornos de la personalidad (13,1%), los bipolares

(12,6%), los depresivos (4%) y los trastornos de ansiedad (2%). La media de años de evolución fue de 12,6.

El tratamiento seguido desde los servicios de salud mental en el año anterior a la derivación fue solo farmacológico para el 79,5% de los sujetos y farmacológico combinado con alguna forma de psicoterapia para un 20,5% de los sujetos.

En cuanto a la situación laboral, el 10,8% estaba parado, el 46,9% era pensionista (siendo las pensiones no contributivas las más frecuentes) el 35,7% no tenía trabajo ni estaba inscrito en el paro como demandante de empleo y tan solo un 6,6% estaba trabajando en el momento de la derivación al CRPSL.

2.2 Medidas de evaluación

Las variables e instrumentos de medida utilizados para en el estudio se han descrito en estudios anteriores y fueron:

- La sintomatología se evaluó mediante la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos. (SANS Y SAPS). Estas escalas se cumplimentaron por parte del psicólogo/a del CRPSL.
- El funcionamiento psicosocial general se evaluó a través de la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial. (EVDP). Escala utilizada como protocolo de evaluación del funcionamiento en los CRPSL y que evalúa el grado de autonomía y desempeño en diferentes áreas de funcionamiento de la persona con TMG. La información se recoge por parte de los profesionales del CRPSL que participan en la evaluación del usuario siendo la puntuación total obtenida el resultado de la integración de las valoraciones de los diferentes profesionales, contextos y fuentes de evaluación.
- Por último, para la recogida de los datos socio-demográficos y generales, se empleó un inventario para el registro de variables socio-demográficas: edad, sexo, diagnóstico principal, años de evolución de la enfermedad, ingresos psiquiátricos, tipo de seguimiento desde la Unidad de Salud Mental (USM) y situación laboral en el momento de la derivación.

2.3 Contexto de atención

La recogida de datos de la muestra de pacientes se llevó a cabo en los 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha repartidos en las cinco provincias (Toledo, Ciudad Real, Albacete, Guadalajara y Cuenca). El objetivo general de los centros es apoyar a las personas con TMG a mejorar sus habilidades y recursos personales para que puedan funcionar con mayor éxito en el medio comunitario donde vayan a vivir, con la máxima autonomía y calidad de vida posible.

2.4 Procedimiento

Cada CRPSL cumplimentó las medidas teniendo en cuenta la situación clínica y de funcionamiento psicosocial en la que se encontraban los usuarios derivados durante los años 2006 y 2007, en el momento del primer contacto con los profesionales, antes del diseño del Plan

Individualizado de Rehabilitación y de iniciar la intervención a través de programas de rehabilitación en el centro.

La recogida de datos se llevó a cabo por el equipo multidisciplinar del CRPSL compuesto por: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, técnicos de inserción socio-laboral y monitores.

3. Resultados

3.1 Resultados en diferencias de género

a) Diferencias de género en el perfil descriptivo

Se han encontrado correlaciones significativas entre la edad y los años de evolución ($r=0.59$, $p<0.001$), y entre el número de ingresos anteriores y la edad ($r=0.21$, $p<0.005$) y los años de evolución ($r=0.28$, $p<0.001$), aunque estas últimas tienen una asociación pequeña. Se han encontrado diferencias en la edad entre los hombres y las mujeres teniendo las mujeres más edad que los hombres (media hombres=38, media mujeres=40.4; $t= -2.45$; $p<0.05$). No se han encontrado diferencias de género en los años de evolución ni en el número de ingresos psiquiátricos anteriores. Tampoco se han encontrado diferencias entre haber tenido o no haber tenido algún ingreso hospitalario (Test de Fisher=0.035, $p=0.020$), lo que indica un índice similar de ingresos psiquiátricos en hombres y mujeres.

Se ha encontrado una relación entre el sexo y el diagnóstico, siendo el grupo de las esquizofrenias el que menos mujeres diagnosticadas tiene (70% hombres y 30% mujeres. Tabla de contingencia 5x2: χ^2 de Pearson=16.3, $p<0.005$), aunque el grado de asociación entre estas variables es relativamente bajo (V de Cramer=0.20). Esta relación es inversa en el diagnóstico de depresión en el que hay casi un 20% más mujeres.

Hay más varones que mujeres con situación laboral de pensionista y sin filiación laboral conocida (parado, pensionista y trabajando), (tabla de contingencia 2x4; χ^2 de Pearson=7.99; $p<0.05$).

En cuanto al seguimiento desde los servicios de salud mental los varones reciben solo tratamiento farmacológico con más frecuencia que las mujeres y las mujeres reciben combinación de tratamiento farmacológico y psicológico con más frecuencia que los varones. (χ^2 de Pearson=5.8; $p<0.05$), aunque el nivel de correlación entre el género y el tipo de seguimiento de salud mental es muy pequeño (V de Cramer=0.11).

b) Diferencias de género en síntomas

Tabla 1. Comparaciones entre varones y mujeres en síntomas

	Varones		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>D.Típica</i>	<i>Media</i>	<i>D.Típica</i>		
SAPS	4.64	4.36	3.78	4.02	1.87	*
SANS	8.47	6.00	7.43	5.62	1.64	n.s

* Tendencia significativa $p \leq 0.06$. n.s.= diferencia no significativa.

No se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en síntomas positivos y negativos. Aunque se aprecia una tendencia en los hombres de una mayor gravedad de sintomatología positiva (tabla 1). Estos resultados son coincidentes con la mayoría de estudios anteriores.

c) Diferencias de género en funcionamiento

Para comprobar si existen diferencias entre varones y mujeres se ha utilizado la prueba no paramétrica U de ManWithney (ver tabla 2). Como se puede ver todas las diferencias muestran un mayor deterioro en los hombres que en las mujeres en las áreas de competencias personales y psicosociales. Tan solo en los efectos secundarios de la medicación las mujeres muestran mayor deterioro que los hombres, pero aunque se trate de una diferencia estadísticamente significativa las puntuaciones medias son bajas. Las diferencias se encuentran en: higiene, vestido, consumo de tóxicos, manejo del dinero, manejo doméstico, gestiones personales, situación laboral actual, conciencia de enfermedad, y la puntuación total de las competencias personales psicosociales, todas ellas mostrando la superioridad de las mujeres en el funcionamiento.

Tabla 2. Comparaciones entre hombres y mujeres en funcionamiento psicosocial

Item	Varones		Mujeres		<i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>D.Típica</i>	<i>Media</i>	<i>D.Típica</i>	
Higiene personal	1.26	1.05	0.87	1.02	≤ 0.001
Vestido	1.03	1.00	0.68	1.00	≤ 0.001
Alimentación	1.17	1.09	1.20	1.14	n.s

Hábitos saludables	1.16	1.02	1.00	1.03	n.s
Estructura de sueño	1.27	1.08	1.23	1.13	n.s
Consumo de tóxicos	0.53	0.93	0.24	0.60	≤0.001
Autocontrol	1.96	0.99	2.10	1.01	n.s
Habilidades sociales	1.74	1.63	1.61	1.24	n.s
Solución de problemas	2.10	0.97	2.01	1.05	n.s
Habilidades cognitivas básicas	1.03	0.96	0.88	0.94	n.s
Procesamiento de la información	0.96	0.98	0.76	0.86	n.s
Capacidad de aprendizaje	0.86	0.91	0.76	0.90	n.s
Manejo del dinero	1.55	1.43	1.21	1.31	≤0.05
Manejo del transporte	0.70	1.10	0.79	1.21	n.s
Manejo doméstico	1.84	1.20	1.54	4.24	≤0.05
Conocimientos educativos	0.61	0.92	0.47	0.87	n.s
Autogestión	1.49	1.22	1.17	1.22	≤0.005
Manejo de recursos sociales	1.55	1.73	1.32	1.19	n.s
Manejo del ocio	2.20	1.08	2.04	1.10	n.s
Situación laboral	2.31	1.21	2.11	1.08	≤ 0.06
Capacidad laboral	2.04	1.15	1.98	1.26	n.s
Motivación laboral	2.06	1.41	2.04	1.53	n.s.
Conciencia de enfermedad	1.69	1.20	1.36	1.15	≤0.05
Adherencia al tratamiento	1.24	1.10	1.09	1.11	n.s
Respuesta al tratamiento	0.85	1.05	0.92	1.09	n.s
Efectos secundarios	0.47	0.69	0.59	0.71	≤0.05
Competencias personales total	35.85	16.57	32.08	17.79	≤0.05*

* $P \leq 0.05$ ($t = 2.13$). n.s.= diferencia no significativa. Rango Escala de Valoración de Funcionamiento Psicosocial: 0 (sin deterioro) a 4 (deterioro muy grave)

En la tabla 3 se muestran las diferencias encontradas en los soportes de apoyo. Se han encontrado diferencias en la dirección de un mayor deterioro en los hombres en el desempeño de rol principal, el soporte o red social y el soporte residencial.

En la tabla 4 se muestran las diferencias en las variables evolutivas asociadas al curso del trastorno. Como se aprecia las mujeres muestran un mejor ajuste psicosocial premórbido anterior al comienzo de la enfermedad. No se han encontrado diferencias en el nº de ingresos, nº de crisis y evolución del deterioro psicosocial el periodo anterior de dos años.

Tabla 3. *Diferencias entre varones y mujeres en soportes de apoyo formales e informales*

Item	Varones		Mujeres		p
	Media	D.Típica	Media	D.Típica	
Rol principal desempeñado	2.10	1.21	1.71	1.26	≤0.005
Soporte familiar	1.66	1.23	1.58	1.12	n.s
Red de apoyo	2.55	1.07	2.46	3.32	≤0.05
Autonomía económica	1.16	1.22	1.27	1.09	n.s
Soporte residencial	1.08	0.99	0.82	0.80	≤0.01
Inserción en recursos sociales	2.22	1.22	2.03	1.25	n.s

Rango Escala de Valoración de Funcionamiento Psicosocial: 0 (sin deterioro) a 4 (deterioro muy grave).

Tabla 4. *Diferencias entre varones y mujeres en variables de evolución*

Item	Varones		Mujeres		p
	Media	D.Típica	Media	D.Típica	
Evolución del deterioro en los 2 últimos años	2.00	0.94	1.91	1.11	n.s
Evolución del nº de ingresos en los 2 últimos años	0.96	1.17	0.97	1.26	n.s
Evolución del nº de crisis en los 2 últimos años	1.27	1.25	1.48	1.37	n.s
Ajuste premórbido	0.95	0.92	0.69	0.97	≤0.005

Rango Escala de Valoración de Funcionamiento Psicosocial: 0 (sin deterioro) a 4 (deterioro muy grave).

3.2 Resultados en años de evolución

Para comprobar si existía alguna relación entre los años de evolución del trastorno mental y las variables de síntomas y de funcionamiento se realizaron correlaciones de Spearman. Se detallan en la tabla 5. Solo se muestran las correlaciones que resultan significativas con un valor mínimo de $p < 0.05$. Las correlaciones que no resultaron ser significativas no se muestran en la tabla.

Tabla 5. Correlaciones de Spearman entre los años de evolución y los síntomas y el funcionamiento psicosocial

Variable	Coefficiente de correlación	p
Procesamiento de la información	0.10	0.03
Capacidad de aprendizaje	0.13	0.01
Educación	0.11	0.03
Autogestión	0.12	0.01
Manejo de recursos sociales	0.10	0.04
Situación laboral	0.13	0.001
Capacidad laboral	0.17	0.00
Motivación laboral	0.24	0.00
Autonomía económica	-0.11	0.02
Soporte residencial	-0.22	0.00
Evolución del nº de ingresos 2 años antes	-0.11	0.03

Como se puede ver en la tabla 5 el valor de las correlaciones con los años de evolución aunque es significativo es pequeño, no alcanzando en ningún caso valores por encima de 0.2. Solo destacar el valor negativo de las tres últimas correlaciones de la tabla que indican que a más años de evolución peor autonomía económica, peor o más inestable soporte residencial y mayor nº de ingresos psiquiátricos.

4. Explicaciones de las diferencias de género

Los resultados del presente estudio coinciden con los hallazgos generales de los estudios publicados hasta el momento sobre diferencias de género, mostrando: inicio más tardío del TMG en las mujeres, una superioridad en el funcionamiento psicosocial de las mujeres frente a los varones tanto premórbido como actual.

A continuación se realiza una breve revisión de las teorías principales y más investigadas para explicar las diferencias de género. Todas ellas se refieren a la esquizofrenia.

- La superioridad en el funcionamiento de las mujeres frente a los hombres puede residir en el mejor ajuste premórbido de las mujeres. Aunque, este mejor ajuste premórbido puede no ser exclusivo de la esquizofrenia existir en otros trastornos, así como a la población general.
- Otra explicación es que las diferencias entre hombres y mujeres responden a diferentes patrones sociales. Desde este punto de vista las diferencias dependerían de los distintos roles y demandas entre hombres y mujeres que existen en la sociedad general. Esto sugiere que los síntomas del TMG afectan más negativamente a los hombres para el desarrollo de los roles sociales requeridos.
- Otra explicación es que las familias y grupos sociales son menos tolerantes con la enfermedad mental de los hombres que de las mujeres. Quizá ello implique que los hombres son evaluados más duramente y se espera de ellos que consigan más metas que las mujeres.
- La mayoría de las habilidades sociales y roles sociales se adquieren al comienzo de la vida adulta, que es justo la edad de comienzo de la enfermedad. Esto podría explicar que la edad de inicio más tardía de las mujeres las ayuda a adquirir más habilidades psicosociales que los hombres.
- La presencia de mayor severidad en los síntomas negativos encontrada en muchos estudios, puede explicar en parte el peor funcionamiento en los hombres. Aunque este dato no se corrobora en nuestro estudio.
- Existen teorías que defienden la implicación de los estrógenos como factor modulador del trastorno mental con una función protectora en las mujeres.
- También se han explicado las diferencias por la existencia de diferentes subtipos de trastorno asociadas a la heterogeneidad del TMG. Aunque son muy discutibles se han propuesto subtipos de trastorno diferenciales en hombres y en mujeres. Un subtipo prevalecería en los varones y sería deficitario y con mal funcionamiento premórbido. Otro subtipo prevalecería en las mujeres que implicaría mayor comorbilidad con trastornos emocionales y mejor funcionamiento.
- También existe la hipótesis de que las diferencias son consecuencia de un proceso deteriorante en el neurodesarrollo: maduración más lenta del Sistema Nervioso Central en los hombres y mayor vulnerabilidad del cerebro masculino a anomalías prenatales y complicaciones peri y post-natales.

Lo que parece claro en la investigación es que el género es un predictor robusto de la enfermedad, indicando que los hombres experimentan mayor deterioro durante las fases premórbidas, tempranas y residuales del trastorno mental. Si estas diferencias son debidas a factores clínicos o a factores sociales no se puede determinar con precisión, y lo más probable es que sean debidas a una mezcla de los dos.

La investigación biológica y social debe unir sus hallazgos para incrementar la comprensión de cómo el TMG afecta a hombres y a mujeres, para así poder conocer los moduladores biológicos y ambientales de la respuesta al tratamiento y del curso del trastorno.

5. Conclusiones e implicaciones prácticas

Desde un planteamiento dirigido a la rehabilitación de los trastornos mentales graves es importante conocer la situación real de las personas con TMG atendidas y además es necesario tener un conocimiento de las diferentes variantes que presenta entre los hombres y las mujeres. En este sentido los resultados informan tanto de la forma típica de presentación del TMG en personas adultas derivadas a los recursos de rehabilitación específicos, como las características diferenciales que se presentan atribuidas al género, en una muestra representativa de la población de referencia y en un conjunto amplio de variables clínicas y psicosociales, cuya presencia ha sido probada en numerosas investigaciones de este campo.

Así pues se ha intentado clarificar los patrones habituales del trastorno mental en varones y en mujeres. En este sentido se han obtenido diferencias que son específicas para cada grupo, confirmado las observaciones ya señaladas de la superioridad en el funcionamiento de las mujeres señaladas por otros estudios anteriores. Además este mejor funcionamiento en las mujeres se da tanto en las habilidades como en los soportes y que de forma conjunta puede tener implicaciones en la respuesta al tratamiento y en el curso de uno y otro grupo.

En primer lugar en el primero de los análisis extraídos (síntomas psicóticos) no aparecen diferencias significativas y de encontrarse hay una tendencia a una mayor gravedad en los síntomas de los varones, lo que pone de manifiesto la existencia de una cierta independencia entre síntomas y funcionamiento, pues como luego se demuestra las diferencias en el funcionamiento siguen existiendo al margen de la homogeneidad en los síntomas. Este aspecto ha sido corroborado de forma sistemática por numerosas investigaciones y es una consideración de base para la existencia de programas específicos de rehabilitación y mejora del funcionamiento como complemento de los tratamientos farmacológicos y psicológicos.

En segundo lugar, atendiendo a las indicaciones de la literatura sobre el tema, es posible que la superioridad de las mujeres sea respuesta a un mejor ajuste premórbido anterior y que las etapas posteriores del trastorno reflejen una continuidad de la mejora en el funcionamiento. Para comprobar si existe tal relación entre el ajuste premórbido y el funcionamiento hicimos nuevas correlaciones de Spearman entre el ajuste premórbido y los síntomas, el funcionamiento y los soportes encontrando efectivamente una asociación estadísticamente significativa entre el funcionamiento premórbido y todas las variables implicadas: las competencias personales, el rol desempeñado, el soporte familiar, la red de apoyo, la autonomía económica, el soporte residencial, la inserción en recursos, los síntomas positivos y los síntomas negativos. Es por ello que, teniendo en cuenta el impacto posterior en el desempeño psicosocial y laboral en las etapas anteriores e iniciales del trastorno, sería necesario un mayor esfuerzo para lograr establecer programas de tratamiento tempranos en rehabilitación psicosocial y laboral, con un énfasis mucho mayor en evitar la pérdida de habilidades y soportes que en la mera reducción de síntomas o prevención de reingresos hospitalarios, y así en consecuencia frenar en mayor medida el deterioro de las personas afectadas, especialmente de los varones.

En tercer lugar, también se constata una relación entre los años de evolución y algunas variables del funcionamiento. Aparece de forma conjunta una relación entre la situación laboral en todas sus variantes (capacidad, situación y motivación), la autonomía económica y la existencia de un soporte residencial adecuado, que indica que mientras más años de evolución pasen la situación y posibilidades laborales se empobrecen cada vez más y sin embargo de forma inversa, incrementa la autonomía económica y el soporte residencial. En base a nuestra experiencia este tipo de relaciones pueden explicar que con los años se produce una renuncia a la integración laboral, y una mayor aceptación o tolerancia de la situación en el núcleo de convivencia del usuario que pasa conseguir unos ingresos económicos provenientes de pensiones que le

permiten sufragar sus gastos personales (tabaco, ropa, etc.), pero que contribuyen al mantenimiento de la situación deficitaria de la persona.

Uniendo estos resultados con los hallazgos de género, vuelve a confirmarse la idea de que la mujer aún presentando los mismos años de evolución que los hombres, tienen mejor funcionamiento, quizá debido a una edad más tardía del trastorno mental (en nuestra muestra 2,4 años más tarde) y el mejor ajuste premórbido de las mujeres.

Tomando en consideración estos datos parece importante el llegar a conocer las diferencias específicas entre varones y mujeres para poder determinar algunas claves de actuación para conseguir mejorar los programas de tratamiento. En el cuadro 1 hay un resumen de las variables que se han mostrado diferentes en hombres y en mujeres.

Cuadro 1. *Diferencias encontradas en medidas clínicas y de funcionamiento entre varones y mujeres*

<i>Variables en que muestran diferencias los varones y las mujeres</i>	<i>Variables en que no muestran diferencias los varones y las mujeres</i>
<ul style="list-style-type: none">• Higiene personal	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas positivos
<ul style="list-style-type: none">• Vestido	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas negativos
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de tóxicos	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación
<ul style="list-style-type: none">• Manejo del dinero	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos saludables
<ul style="list-style-type: none">• Manejo doméstico	<ul style="list-style-type: none">• Estructura de sueño
<ul style="list-style-type: none">• Autogestión	<ul style="list-style-type: none">• Autocontrol
<ul style="list-style-type: none">• Situación laboral	<ul style="list-style-type: none">• Habilidades sociales
<ul style="list-style-type: none">• Conciencia de enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Solución de problemas
<ul style="list-style-type: none">• Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Habilidades cognitivas básicas
<ul style="list-style-type: none">• Rol social desempeñado	<ul style="list-style-type: none">• Procesamiento de la información
<ul style="list-style-type: none">• Red de apoyo social	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none">• Soporte residencial	<ul style="list-style-type: none">• Manejo del transporte
<ul style="list-style-type: none">• Ajuste premórbido	<ul style="list-style-type: none">• Conocimientos educativos básicos
	<ul style="list-style-type: none">• Manejo de recursos sociales
	<ul style="list-style-type: none">• Manejo del ocio
	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad laboral
	<ul style="list-style-type: none">• Motivación laboral
	<ul style="list-style-type: none">• Adherencia al tratamiento

-
- Respuesta al tratamiento
 - Soporte familiar
 - Autonomía económica
 - Inserción en recursos sociales
 - Evolución del deterioro en los 2 últimos años
 - Evolución del nº de ingresos en los 2 últimos años
 - Evolución del nº de crisis en los 2 últimos años
-

Así, de todas las diferencias encontradas las variables que aparecen con mayor deterioro en los hombres son las fundamentales para la capacidad de mantenerse con autonomía en la sociedad (autocuidados, manejo del dinero, manejo del hogar, desempeño laboral, actividad principal – rol desempeñado en su ambiente, soporte residencial) y que hacen referencia a aspectos como ganar dinero, tener un trabajo, tener una red de amistades y tener una casa, todos ellos elementos básicos para mantenerse con independencia en la sociedad actual.

Toma de decisiones para la intervención

La evaluación de las diferencias de género debe permitir arrojar algunas recomendaciones para la práctica asistencial cotidiana y determinar algún tipo de intervención diferenciadora a ofrecer a los usuarios de los servicios. Aunque con dificultades metodológicas importantes ya comentadas, utópicamente una investigación como esta debería poder subrayar los aspectos que podrían afectar a las decisiones relativas a los programas ofertados a hombres y mujeres, y en cada caso adaptar las recomendaciones generales a cada caso concreto después de una evaluación individualizada. El terapeuta o profesional puede hacerse una serie de preguntas para considerar si es necesario adaptar las intervenciones por cuestión del género en su centro que tengan en cuenta los resultados encontrados en la presente y en otras investigaciones:

- ¿Existen necesidades sociales o clínicas que afectan sobre el deterioro de los hombres y las mujeres que si se resolvieran influirían en la mejora psicosocial?
- ¿Hay variables psicosociales que compartan los hombres y las mujeres que puedan apuntar hacia una planificación asistencial específica en cada grupo?
- ¿Cuáles son los límites potenciales en el funcionamiento dado el nivel premórbido de adaptación social y personal?
- ¿En que medida los usuarios varones y mujeres están expuestos a normas diferentes sociales y culturales y hay que tener esto en cuenta para planificar la intervención?
- ¿Refuerzan otros profesionales o intervenciones las diferencias de género y hay que reforzar o inhibir estas diferencias con nuestra intervención?

- ¿Cómo hay que adaptar los programas como habilidades sociales, AVD, intervención familiar, y qué efectos se esperan de hacer estas modificaciones?.

Pero no se trata de adoptar una modalidad diferente de intervención por motivo de género, perdiendo la intervención individualizada y ajustada a cada persona ya sea hombre o mujer, aunque si se trata de hacer un uso efectivo de los resultados de la investigación para conseguir la mayor eficacia posible de los esfuerzos terapéuticos y en la manera adecuada del manejo de casos.

En el estudio han participado los siguientes Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de la Comunidad de Castilla-La Mancha: Albacete, Alcázar de San Juan, Almansa, Ciudad Real, Caudete, Consuegra, Cuenca, Daimiel, Guadalajara, Hellín, Illescas, Puertollano, Talavera de la Reina, Tarancón, Toledo, Tomelloso, Torrijos, Valdepeñas y Villarrobledo. Nuestro agradecimiento a todos ellos. Celia Mariblanca colaboró en la codificación y, revisión de los datos analizados.

Referencias

1. Haas G, Garret L. Gender differences in social functioning. En: Mueser y Tarrier (Eds). *Social functioning in schizophrenia*. Allyn and Bacon, 1998; 149-180.
2. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005; 2:e 141.
3. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004; 2:13.
4. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000; 401:3-38.
5. Lewine R. Sex and gender in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004; 30: 755-62.
6. Hafner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28 Suppl. 2003; 2:17-54.
7. Leal C, Franco MD. Esquizofrenia y sexo. En: Bannasar MR(Ed). *Trastornos Psicóticos*. Barcelona. *Ars Médica*, 2007; 273-303



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psiquiatria.com*, de entre los presentados al **XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2011 [citado 01 Sep 2011];15:29. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4345>